MAJORIK BOUCHARD

ASSOCIATION ENTRE LA PERCEPTION RÉTROSPECTIVE DE DÉTERMINANTS DE VIE MARQUANTS ET LA GRAVITÉ DE LA TOXICOMANIE CHEZ DES HOMMES TOXICOMANES-JUDICIARISÉS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en Service social
pour l'obtention du grade de Maître en service social (M.Serv.Soc.)

ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2007

© Majorik Bouchard, 2007

RÉSUMÉ

Cette étude de type quantitatif se veut une analyse secondaire de données déjà recueillie dans le cadre d'une large étude multicentres subventionnée par le CQRS. Elle tente de vérifier si il a y a une association significative entre les perceptions rétrospectives de déterminants de vie marquants la gravité de la toxicomanie des individus. La population à l'étude comprend uniquement des hommes toxicomanes-judiciarisés de la province de Québec. Les déterminants de vie analysés sont : les problèmes de consommation des parents, les problèmes psychiatriques des parents, la violence physique, émotionnelle et/ou sexuelle subie par la personne toxicomane, les relations conflictuelles avec un ou les parents et finalement la l'étroitesse et la durabilité entre les parents et leur enfant. À la lumières des résultats obtenus, seul une période de relation conflictuelle avec la mère est associée significativement à la gravité de la toxicomanie de l'individu.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3

CHAPITRE 1 4

1 LA PROBLÉMATIQUE : 4

1.1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE : 4
1.1.1 Consommation d'alcool et de drogues au Canada et au Québec 5
1.1.1.1 Problèmes de consommation personnelle : 5
1.1.1.2 Ampleur de la dépendance à l'alcool 6
1.1.1.3 Problèmes liés à la consommation d'alcool d'autrui : 6
1.1.2 Ampleur de la consommation de drogues illicites 7
1.1.2.1 Le cannabis : 7
1.1.2.2 La cocaïne : 8
1.1.2.3 L'héroïne, Le LSD et les stimulants : 9
1.1.2.4 Mortalités reliées aux drogues illicites: 10
1.2 ÉTATS DES CONNAISSANCES : LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES 10
1.2.1 Les facteurs personnels 11
1.2.1.1 L'âge de la première consommation : 11
1.2.1.2 Les mauvais traitements durant l'enfance 12
1.2.2 Les facteurs familiaux : 13
1.2.2.1 La consommation des parents : 13
1.2.2.2 Le fonctionnement familial : 15
1.2.3 Les facteurs sociaux : 16
1.2.3.1 L'influence du groupe de pairs : 16
1.2.3.2 Le statut socio-économique : 18
1.3 PERTINENCE DE LA RECHERCHE : 19
1.3.1 Pertinence clinique 20
1.3.2 Pertinence scientifique 21
1.3.3 Pertinence sociale 21
1.4 LES CADRES EXPLICATIFS DE LA TOXICOMANIE: 23
1.4.1 Génétique et toxicomanie : 24
1.4.2 Apprentissage social et toxicomanie : 29
1.4.3 La théorie comportementale-cognitive : 33
1.4.4 La théorie de l'attachement : 35
1.5 CHOIX DU CADRE THÉORIQUE 39
1.5.1 La théorie de l'apprentissage social 40
1.5.2 La théorie de l'attachement 40

CHAPITRE 2 41

2 MÉTHODOLODIE DE RECHERCHE : 41

2.1 TYPE ET APPROCHE DE RECHERCHE : 41
2.2 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE : 42
2.2.1 Objectif général : 42
2.2.2 Objectifs spécifiques : 42
2.3 LES VARIABLES À L'ÉTUDE : 44
2.3.1 Variable dépendante : 44
2.3.2 Variables indépendantes : 44
2.4 DÉFINITION DES PRINCIPAUX CONCEPTS : 44
2.4.1 Substances psychoactives : 45
2.4.2 Contexte développemental : 45

2.4.3 Toxicomanie ou dépendance : ... *45*
2.4.4 Problèmes de consommation et problèmes psychiatriques des parents : ... *46*
2.4.5 La violence : ... *47*
2.4.5.1 Abus émotionnel : ... 48
2.4.5.2 Abus physique : ... 48
2.4.5.3 Abus sexuel : ... 48
2.4.6 Violence sexuelle : ... *49*
2.4.7 Violence psychologique : ... *49*
2.4.8 Violence physique : ... *50*
2.4.9 Relation étroite et durable : ... *50*
2.4.10 Individu judiciarisé ... *51*
2.4.11 Relation conflictuelle ... *51*
2.5 LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE : ... 51
2.5.1 Première hypothèse : ... *51*
2.5.2 Deuxième hypothèse : ... *52*
2.5.3 Troisième hypothèse : ... *52*
2.6 PRÉSENTATION DE L'INSTRUMENT DE MESURE : ... 52
2.7 MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES : ... 53

CHAPITRE 3 ... **54**

3 LA STRATÉGIE DE RECHERCHE ... **54**

3.1 POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE : ... 54
3.1.1 La population à l'étude : ... *54*
3.1.2 Les critères d'inclusion : ... *55*
3.1.3 L'échantillonnage. ... *55*
3.1.4 Stratégie de recrutement ... *56*
3.1.5 Considérations éthiques : ... *57*

CHAPITRE 4 ... **58**

4 DESCRIPTION ET ANALYSE DES RÉSULTATS ... **58**

4.1 ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ÉCHANTILLON ... 58
4.2 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON EN FONCTION DES VARIABLES PRÉDICTIVES : ... 67
4.3 DISCUSSIONS : ... 72
4.4 LES LIMITES DE L'ÉTUDE : ... 76
4.5 CONSÉQUENCES POUR LA RECHERCHE ET L'INTERVENTION : ... 77

CONCLUSION ... **78**

BIBLIOGRAPHIE ... **80**

ANNEXE 1 ... **88**

INTRODUCTION

Dans le domaine de la toxicomanie, plusieurs travaux antérieurs démontent un lien entre différents déterminants de vie marquants et l'apparition d'une problématique de toxicomanie. Peut-on par contre retrouver des liens significatifs semblables entre ces mêmes déterminants de vie marquants et la gravité de la toxicomanie chez des individus déjà aux prises avec la problématique? L'étude de type quantitatif qui suit se veut une analyse secondaire de données déjà recueillie dans le cadre d'une large étude multicentres subventionnée par le CQRS : « Compréhension de l'impact d'un traitement pour personnes toxicomanes-judiciarisées à partir d'un modèle tripartite : L'intervention, le client et son environnement » (Brochu, Cournoyer, Bergeron, Brunelle, Landry et Tremblay, 2003). Elle tente de vérifier l'association entre la perception rétrospective de déterminants de vie marquants et la gravité de la toxicomanie chez des hommes toxicomanes-judiciarisés de la province de Québec, en traitement pour leur toxicomanie. Ces évènements de vie sont les problèmes de consommation des parents, la santé mentale des parents (problèmes psychiatriques), les antécédents de violence (physique, psychologique et sexuelle) subie par la personne toxicomane, les relations conflictuelles avec un ou les parents et finalement la qualité du lien (étroitesse et durabilité) entre les parents et leur enfant.

CHAPITRE 1

1 LA PROBLÉMATIQUE :

1.1 Contexte de la recherche :

Dans un premier temps, il est à noter que cette recherche se situe dans un milieu clinique très précis, c'est-à-dire en collaboration étroite avec le Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV). Globalement, cet organisme public vise, en partenariat avec les programmes de recherche du RISQ et du CIRASST, à documenter les déterminants individuels et sociaux de la toxicomanie, comprendre les trajectoires des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir et améliorer l'efficacité des interventions auprès des personnes toxicomanes.[1] Plus précisément, un intérêt marqué porte sur l'étude de liens entre diverses variables influençant positivement ou négativement la gravité des problèmes de toxicomanie de leur clientèle. Mon apport scientifique à cette cause, rouage de mon association avec cet organisme, est d'évaluer le degré d'association entre les perceptions de différents déterminants de vie marquants auto-révélés par les personnes toxicomanes judiciarisées à la gravité de leur toxicomanie. Ces déterminants marquants sont les perceptions de l'individu concernant la consommation de substances des parents et leurs problèmes psychiatriques, les périodes de relations conflictuelles avec ceux-ci, ainsi que la violence subie par la personne toxicomane antérieurement.

[1] Axe de recherche CRUV/ALTO, 2002-2003, p.3

Prévalence du problème de toxicomanie :

1.1.1 Consommation d'alcool et de drogues au Canada et au Québec

Au Canada et au Québec, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) complété en 2002 se veut un rapport très complet sur l'usage que fait la population canadienne et québécoise de la consommation d'alcool et de drogues. Ce profil servira dans les prochaines sections en tant que référence de base à la démonstration de la prévalence du problème. Afin d'amener une plus grande précision à cette section, il sera appuyé par d'autres études à moins grande échelle.

1.1.1.1 Problèmes de consommation personnelle :

Selon l'Enquête sociale générale (1993) effectuée au Canada, près d'un adulte sur 10 (9,2 %) a déclaré avoir des problèmes causés par la consommation d'alcool, les plus fréquents étant ceux en rapport avec la santé physique (5,1 %) et la sphère financière (4,7 %). Les hommes (11 %) sont plus nombreux que les femmes (6,2 %) à éprouver des problèmes, surtout en ce qui a trait à la situation financière (6,7 % contre 2,5 %), la vie familiale et conjugale (2,4 % contre 1,1 %) et la santé physique (6,7 % contre 3,2 %). Ce sont les 15-24 ans qui sont les plus nombreux à déclarer des difficultés, car ce sont aussi les individus de ce groupe d'âge qui consomment le plus. Les problèmes de consommation se retrouvent davantage chez les étudiants et les personnes en quête de travail (16,9 %), contrairement aux personnes au foyer (4,7 %), les retraités (5,2 %) et les professionnels (5,8 %). En 1993, au Québec, 10,2 % des citoyens étaient touchés par des problèmes d'alcool, ce qui lui réservait le 2^{e} rang provincial derrière les Maritimes avec 13,0 %. Ces données (1993) reflètent de façon juste la prévalence actuelle du problème et sont toujours utilisées.

1.1.1.2 Ampleur de la dépendance à l'alcool

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2002), 601 000 canadiens (2,6% de la population de 15 ans et plus) étaient aux prises avec une dépendance à l'alcool. Parallèlement, la prévalence de l'abus d'alcool semble atteindre des sommets chez les individus au début de la vingtaine. Plus de la moitié (60%) des 20-24 ans déclarent avoir connu au moins un épisode d'abus d'alcool au cours de 2001. Leur taux de dépendance à l'alcool se situe à 8,6%, ce qui représente 164 000 des 601 000 personnes touchées. Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de vivre une dépendance à l'alcool (3,9% contre 1,3%). Toujours en ce qui a trait à la dépendance à l'alcool, le Québec possède le plus faible pourcentage provinciale d'individus touchés au Canada, ce qui correspond à un recul de 0,4% depuis 1997. Les hommes québécois sont davantage touchés que les femmes (2,9 % contre 1,0 %) et les 15–24 ans sont ici aussi toujours les plus touchés par la problématique. En effet, 7,0 % des individus de ce groupe d'âge ont un problème de dépendance à l'alcool. La Saskatchewan (4,0 %), le Manitoba et la Colombie-Britannique (ex aequo à 3,6 %) occupent les deux premiers rangs provinciaux à ce chapitre.[2]

1.1.1.3 Problèmes liés à la consommation d'alcool d'autrui :

Lors de l'*Enquête sociale générale* (1993), 43,8 % de tous les répondants ont affirmé avoir déjà souffert de la consommation des autres, entre autres en raison d'insultes ou d'humiliations (20, 9 %) ou de graves disputes (15,6 %). Fait intéressant, les répondants à revenus plus faibles ont déclaré plus de problèmes (disputes, ruptures d'amitiés, difficultés familiales ou conjugales, passagers dans un véhicule conduit par un

---

[2] Statistique Canada (2002), *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Santé mentale et bien-être.

individu en état d'ébriété, victimes d'agressions, difficultés financières) causés par la consommation des autres. Plus le revenu augmente, plus le pourcentage diminue. Près de la moitié (55 %) des répondants ayant fait des études postsecondaires avaient éprouvé des difficultés en lien avec la consommation d'autrui.

1.1.2 Ampleur de la consommation de drogues illicites

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2002), près d'un Canadien sur neuf affirme avoir déjà consommé une drogue illicite au cours des 12 derniers mois, soit 12,6%. De ce pourcentage, 10,2% avaient consommé exclusivement du cannabis et 2,6% de la consommation d'au moins une autre drogue. Toujours selon cette enquête, 0,8% des Canadiens vivraient une dépendance à l'une ou l'autre des drogues illicites. D'après Macneil & Webster (1997), les variables les plus fortement associées à la consommation de drogues illicites sont par ordre d'importance le sexe, l'âge et la région. En 2002, selon l'Institut statistique du Québec, 41 % des jeunes Québécois qui fréquentaient le secondaire ont consommé au moins une drogue illicite au cours des douze derniers mois, dont 26 % au cours des trente derniers jours. À ce chapitre, les différences entre les sexes sont minimes (42 % pour les garçons et 41 % pour les filles).

1.1.2.1 Le cannabis :

L'ESCC révèle qu'en 2002, environ 3 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus, soit 12,2%, ont affirmé avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze derniers mois qui ont précédés l'enquête. Le pays vit une progression constante à ce chapitre, enregistrant des chiffres de 6,5% en 1989 et de 7,4% en 1994. Dans toutes les provinces, sauf le Manitoba, la prévalence de la consommation de cannabis était plus élevée en 2002 que lors de la même enquête en 1994. Au Québec, le taux de consommation de cannabis était significativement supérieur à la moyenne canadienne.

D'autres études démontrent également que cette consommation est en ascension au Québec:

> « En 1998, 13,5 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé du cannabis au cours de l'année précédente, comparativement à 8.2 % en 1992-1993. Au Québec, le nombre de consommateurs de cannabis a presque doublé entre 1992-1993 et 1998 passant de 15 % à 25,9 %. [...] Une enquête effectuée en 2000 auprès de 4 730 élèves québécois du secondaire révèle que 40,6 % d'entre eux ont consommé cette drogue au moins une fois durant les douze derniers mois. [...] Au Canada en 1998, on estime à 225 000 jeunes de 12 à 17 ans consommateurs quotidiens de cannabis et 100 000 adultes. [...] De plus, une étude canadienne réalisée auprès de 7 800 étudiants du premier cycle universitaire rapporte que 47 % d'entre eux déclarent avoir fait usage du cannabis au cours de leur vie et que 28,7 % l'ont fait dans l'année précédant l'enquête. Au Québec (12 universités), ce chiffre s'élève à 35,6 %. »[3]

Plus récemment, une enquête de l'Institut statistique du Québec révélait qu'en 2002, 39,1 % des jeunes Québécois du secondaire avaient consommé du cannabis dans les douze derniers mois précédant l'enquête, soit une très légère diminution.

1.1.2.2 La cocaïne :

L'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues de 1994 révèle que 0,7 % des canadiens ont consommé de la cocaïne ou du crack au cours de l'année précédente (1,2 % au Québec). « La consommation à vie de la cocaïne touche un plus grand nombre d'hommes que de femmes (4,2 % contre 2,7 %), surtout les 25-34 ans (7,6 %) [...] le plus souvent des célibataires (5,7 %) et varie selon les régions. »[4] Au Québec, 4,9 % des répondants affirmaient avoir consommé de la cocaïne au cours de leur vie. Des études

---

[3] Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *Drogues : savoir plus, risqué moins*, CPLT, 2003, p.68-69.

[4] Centre de toxicomanie et de santé mentale, CCSA-CCLAT, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, 1999, p.137.

plus récentes affirment qu'en 1998, 1,6 % des Québécois âgés de 15 ans et plus avaient fait usage de cocaïne au cours de l'année précédente.[5]

> « En 1997, 46 décès attribués à la cocaïne étaient enregistrés dans notre province. Une enquête de l'Institut de la statistique du Québec effectuée en 2000 auprès de 4730 élèves québécois du secondaire révèle que 5,2% d'entre eux ont consommé au moins une fois de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Une étude canadienne réalisée en 1998 auprès de 7 800 étudiants du premier cycle universitaire rapporte que 5,1 % d'entre eux déclarent avoir fait usage de cocaïne au cours de leur vie, tandis que 1.6 % l'ont fait l'année précédant l'enquête. »[6]

1.1.2.3 L'héroïne, Le LSD et les stimulants :

Bien qu'il soit difficile de répertorier des chiffres fiables quant aux utilisateurs de drogues injectables étant donné la difficulté de rejoindre ce groupe d'individus, que ce soit par leur statut les rendant difficile d'accès (jeunes de la rue) ou encore par un certain manque de motivation de leur part à la participation aux études nationales et provinciales, certains estimés existent en rapport avec la prévalence du problème. Or, en 2002 :

> « au moins 23 000 Québécois s'injecteraient des drogues. De ce nombre, 20 à 50 % s'injectent de l'héroïne. Au Québec, 14 % des utilisateurs de drogues injectables seraient infectés par le VIH [...] Dans une cohorte d'utilisateurs de drogues injectables suivie au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Pavillon St-Luc), 48 % étaient atteints d'hépatite B, et 70 % d'hépatite C. »[7]

---

[5] Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *Drogues : savoir plus, risqué moins*, CPLT, 2003, p.79.

[6] Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *Drogues : savoir plus, risqué moins*, CPLT, 2003, p.79.

[7] Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *Savoir plus, risqué moins*, Bibliothèque nationale du Québec, 2003, p.99.

Selon le Profil canadien de la consommation de drogues licites et illicites paru en 1999, 1,5 % des hommes et 0,7 % des femmes âgées de 15 ans et plus ont déjà consommé du LSD, des stimulants ou de l'héroïne. Les 15–17 ans sont les plus touchés (8,3 %), suivis des 18-19 ans (5,6 %).

1.1.2.4 Mortalités reliées aux drogues illicites:

En 1995, on estimait que 804 canadiens sont décédés de l'usage de drogues illicites.

> « Les deux principales causes de décès dues aux drogues sont le suicide (329 cas ou 41 %), l'empoisonnement par opiacés ou *overdose* (160 cas ou 20 %). [...] Les autres causes les plus fréquentes sont le SIDA (83 cas ou 10 %) et l'empoisonnement par cocaïne (78 cas ou 10 %) (Single, Van Truong, Adlaf, & Lalomiteanu, 1999). »[8]

1.2 États des connaissances : Les facteurs de risque associés à la consommation d'alcool et de drogues

Il est important de noter que les sections qui suivent traiteront conjointement des études portant sur l'alcool et la drogue, et ce pour chacun des facteurs, vu la grande proximité des facteurs de risque associés à la consommation des deux produits. On y retrouve d'ailleurs cette association dans la plupart des ouvrages scientifiques consultés.

---

[8] Single, Van Truong, Adlaf, & Lalomiteanu, (1999). Centre de toxicomanie et de santé mentale, CCSA-CCLAT. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, p.140.

1.2.1 Les facteurs personnels

1.2.1.1 L'âge de la première consommation :

Un nombre important d'études a démontré que la précocité de la première consommation est un facteur de prédiction d'une dépendance ultérieure à l'alcool et de problèmes reliés à celle-ci. Plus l'individu consomme en bas âge, plus les probabilités d'un développement d'une dépendance ultérieure à cette substance sont élevées (Grant & Dawson, 1997; Hawkins et coll., 1997; Pedersen & Skrondal, 1998, *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). De plus, plusieurs travaux soulèvent le fait que les effets de l'influence parentale et du groupe de pairs, (entre autres en ce qui concerne l'utilisation de l'alcool) et les pratiques familiales (e.g., l'application des règles de la maison) sont associés à l'âge de la première consommation. Plus les pratiques familiales sont instables dans l'application des règles de la maison, plus le jeune consomme tôt (Hawkins et coll., 1997; Pedersen & Skrondall, 1998 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Ceci suggère donc qu'en lui-même, l'âge de la première consommation est un facteur important dans le processus développemental du jeune, ce comportement menant à de profonds changements au niveau comportemental, identitaire et dans la qualité des relations interpersonnelles (Pedersen & Skrondall, 1998 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001), mais que d'autres variables que nous traiterons plus tard interagissent aussi avec celles-ci. On doit par contre noter certaines limites méthodologiques dans les travaux portant sur l'âge de la première consommation, notamment sur le caractère rétrospectif des données recueillies qui peuvent nuire à l'exactitude de celles-ci en raison du temps écoulé depuis (e.g., Grant & Dawson, 1997 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). De plus, les études longitudinales ont questionné des sujets seulement tard dans leur adolescence (e.g., 17 et 18 ans pour Hawkins et coll., 1997) ou dans le début de la phase du jeune adulte (e.g. plus de 19 ans pour Pedersen & Skrondal, 1998 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001), un moment où la consommation est à son plus haut niveau (Cook & Gurling, 2001 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Fait intéressant, à l'intérieur de deux études où l'on tente d'éliminer ces limites méthodologiques, les résultats démontrent que l'âge de la première consommation n'est qu'un faible facteur de prédiction de l'utilisation

quotidienne d'alcool, des problèmes reliés à cette substance ou d'une dépendance à cette dernière, et ce, avec des sujets âgés de 30 ans (Labouvie & White, 1998; Labouvie, Bates & Pandina, 1997 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001).

1.2.1.2 Les mauvais traitements durant l'enfance

Très bien étayés dans la littérature scientifique, les différents types d'abus peuvent aussi être considérés comme un facteur de risque important au développement de la toxicomanie chez un individu. De ces différents abus, l'abus sexuel est fréquemment relié à l'histoire de vie des personnes toxicomanes. À ce sujet, dans une étude comprenant 287 sujets hommes et femmes, âgés entre 14 et 24 ans et présentant un problème de dépendance à une substance, la moitié des femmes interrogées (50,0 %) rapportaient des antécédents d'abus sexuel. La proportion était beaucoup moins significative chez les hommes, ne rapportant que 10,6 % de ce type d'abus dans leur histoire de vie. Fait intéressant, parmi les individus rapportant ce fait, 64,7 % des femmes et 37,9 % des hommes affirmaient consommer afin de mieux gérer les répercussions de leurs traumatismes sexuels (Ballon, Courbasson & Smith, 2001). Plus spécifiquement, il est démontré que les individus vivant dans le moment présent de l'abus sexuel consomment davantage que les personnes l'ayant expérimenté antérieurement. De plus, le choix de la substance est différent selon le sexe de l'individu, les victimes féminines deviennent en plus grand nombre dépendantes envers l'alcool alors que les hommes se dirigent davantage vers les drogues illicites (Hall, 2002). Une étude américaine mentionne, quant à elle, que l'abus sexuel est indirectement relié à la toxicomanie d'un individu, et que ce sont des facteurs intermédiaires qui vont en déterminer l'impact. Ces facteurs qui agiraient comme variables médiatrices sont le support social familial, les capacités adaptatives de l'individu, les croyances affectives de celui-ci, son estime de soi, ainsi que ses habitudes de vie. Plus ces éléments sont présents et sains, moins l'abus sexuel a d'impact sur le développement d'une toxicomanie chez la victime (Simons, 2001). Aussi, une récente étude américaine faite auprès de 473 femmes toxicomanes démontre que celles ayant vécu de l'abus sexuel ont un niveau d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique supérieur au groupe contrôle. On observe

également chez ces femmes un niveau de sévérité de leur toxicomanie plus élevé, ont davantage de membres de leur famille proche qui ont des problèmes de consommation et rapportent plus fréquemment des histoires d'abus émotionnels et physiques (Roberts, Nishimoto & Kirk, 2003).

L'abus physique est lui aussi identifié dans la littérature comme un événement de vie marquant relié significativement au développement de la toxicomanie chez un individu. Une pluralité d'études récentes mettent en relief la relation bidirectionnelle entre la surconsommation d'une substance et la violence physique subie dans par un individu (Downs, Smyth & Miller, 1996; Baugh, Robotham, 2001; Dubé, Anda, Felitti, Edwards & Williamson, 2002). Il est de plus démontré qu'une simple exposition à certains actes de violence physique impliquant d'autres individus, par exemple la présence de violence conjugale dans la cellule familiale du jeune, peut elle aussi être associée à des troubles de consommation ultérieurs (Caetano, Field & Scott, 2003).

1.2.2 Les facteurs familiaux :

1.2.2.1 La consommation des parents :

Les écrits consultés en rapport avec l'alcoolisme renferment pour la plupart une section où l'on analyse le style de consommation des parents. Celui-ci est par la suite comparé à la consommation de leur enfant dans le but de déterminer s'il y association ou corrélation possible. Dans certains travaux, les résultats sont clairs : si la consommation d'alcool au niveau parental est grande, la consommation d'alcool chez l'enfant sera grande (Bahr, Marcos & Maughan 1995). Ellickson, Tucker & Klein (2001) obtiennent des conclusions similaires à ces travaux. Quant à eux, McGue, Sharma et Benson (1996) démontrent que :

« In the birth offspring sample, a significant correlation was observed between mother's problem drinking and adolescent daughter's alcohol involvment, and between father's problem drinking and adolescent son's alcohol involvment. Parent-offspring correlation for opposite sex-pairs were not significant. »[9]

C'est le parent de même sexe qui influencera la consommation de l'enfant. Par exemple, dans une famille où le père a un problème de consommation, le fils sera influencé positivement par ce dernier. Par contre, dans cette même famille, la fille ne subira pas (ou peu) cette influence. Elle adoptera plutôt le modèle de sa mère. Autre fait intéressant, certains auteurs (Koopmans & Boosma, 1996) font remarquer dans leur étude une distinction particulière entre les adolescents de 16 ans et moins et ceux de 17 ans et plus : « For adolescents aged 17 years and older, parental alcohol use did not create an environmement that stimulated alcohol use children [...] For 15-16 years adolescents, shared environmental influences were more important than older adolescent.»[10] À la lumière de cette étude, il semble donc y avoir un moment précis, un stade critique (15 ans et 16 ans) en deçà duquel l'adolescent est plus sensible envers la consommation de ses parents. Une autre recherche (Li, Pentz & Chou, 2002) obtient des résultats similaires. Là aussi, l'utilisation d'alcool chez le parent influence la consommation de leur enfant. Il y est aussi précisé que cette consommation d'alcool n'influence pas l'absorption d'autres substances. Par exemple, la consommation d'alcool des parents n'est pas un facteur associé à la consommation de marijuana ou de tabac chez le jeune.

---

[9] Bahr,S., Marcos A.C. & L. Maughan (1995). Familial, Educational and Peer Influences of Female and Male Adolescents. *Journal of studies on alcohol, 56*, p.464.

[10] Bahr,S., Marcos A.C. & L. Maughan (1995). Familial, Educational and Peer Influences of Female and Male Adolescents. *Journal of studies on alcohol, 56*, p.419.

1.2.2.2 Le fonctionnement familial :

Des études fort intéressantes sur l'importance du fonctionnement familial (e.g., McGue, Sharma & Benson, 1996) mentionnent qu'une absence de démocratie dans la prise de décision, une incohérence et une inconstance dans l'établissement et l'application des règles de la maison, une dévalorisation des activités intellectuelles et un style d'autorité parentale extrême (trop autoritaire ou trop permissif) sont tous des éléments du fonctionnement familial qui augmentent le risque de consommation d'alcool et de drogues de l'adolescent. Plus le fonctionnement est déficient, plus le jeune consomme (McGue, Sharma & Benson, 1996). Ces résultats sont appuyés également par d'autres études (Cook & Gurling, 2001 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001) :

> « The aspects of family life that act as risk factors include low levels of attachment and bonding to family members, ambiguous or paradoxical communication styles, excessive discipline (either too lax or too punitive), conflict, absence of parental love and support, low parental control and inadequate monitoring, end poor management techniques. »[11]

Il est aussi mentionné dans la littérature que les adolescents percevant un rejet parental et un manque de chaleur émotionnelle sont davantage à risque d'adopter des comportements déviants et délinquants, et que la consommation d'alcool serait davantage attribuable aux groupes de pairs et à des troubles de personnalité antisociale (Barnow & collaborateurs, 2002). Une corrélation entre la qualité des liens familiaux et le choix du groupe de pairs est également démontrée (Bahr, Marcos & Maughan, 1995). Selon eux : « The influence of family bonds is moderately strong but operates primarily through peers; adolescents with higher family bonds are less likely to have close friends who are involved with drugs. » [12] Ils affirment également que le jeune avec un haut niveau

---

[11] Cook, Christopher & Hugh Gurling (2001). *In International Handbook of Alcohol Dependance and Problems*, Heather, Peters & Stockwell, (2001), p.34

[12] Bahr,S. , Marcos A.C. & L. Maughan. (1995). Familial, Educational and Peer Influences of Female and Male Adolescents. *Journal of studies on alcohol, 56,* p.457.

d'engagement académique, associé directement à la valorisation des activités intellectuelles de la part des parents, est moins à risque de consommer. Certains chercheurs dévoilent des analyses démontrant l'histoire de violence familiale comme facteurs de risque dans le développement de problèmes liés aux drogues (Chermack & collaborateurs, 2000). Dans cette étude, l'impact de la consommation d'alcool et de drogues semble être plus important pour les femmes que pour les hommes ayant grandi au sein d'une cellule familiale où il y a présence de violence physique.

Les angles de recherche portant sur les facteurs familiaux portent davantage sur la quête de facteurs de risque que sur celle de facteurs de protection. Par contre, il est démontré que la qualité du lien parent-enfant et le support parental durant l'enfance sont associés à une plus faible consommation pendant la période adulte (Galaif & collaborateurs, 2001 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). La constance dans la discipline, le support social offert et le haut niveau de supervision de la mère sont tous des facteurs de protection liés à la consommation du jeune, et ce, même en présence d'un père alcoolique (Curran et Chassin, 1996).

1.2.3 Les facteurs sociaux :

1.2.3.1 L'influence du groupe de pairs :

Les études sur l'influence du groupe de pairs au sujet de la consommation d'alcool et de drogues du jeune sont nombreuses et bien documentées. Tout d'abord, l'influence du groupe de pairs est, dans les résultats de plusieurs travaux, un facteur de risque constant quant à l'initiation du jeune à la consommation d'alcool et de drogues (Bahr, Marcos & Maughan, 1995; Wills, Vaccaro et McNamara, 1992 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Il est même selon certains le facteur le plus important (Ary, 1993; Hawkins & collaborateurs, 1992 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Le groupe de pairs influence les valeurs, comportements et attitudes du jeune. L'association avec des amis adoptants des comportements déviants ou délinquants influence l'adolescent à accepter et adopter davantage ces comportements (Loeber & collaborateurs, 1991 *in*

Heather, Peters & Stockwell, 2001) et augmente par le fait même de façon significative le risque de consommation d'alcool et de drogues (Robins & McEvoy, 1990 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). De plus, la relation développée avec les pairs peut augmenter ou encore réduire le niveau d'engagement académique du jeune ainsi que le niveau d'estime de soi (O'Connell, 1989 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Ces variables agissent elles aussi comme facteur de risque de la consommation d'alcool et de drogues du jeune (Bahr, Marcos & Maughan, 1995; Guo, Hawkins, Hill & Abbott, 2001). Une étude faisant ressortir les divers motifs rapportés par les adolescents en ce qui a trait à leur consommation d'alcool et de drogues mentionne que l'aspect positif de la consommation avec les pairs et les effets réducteurs de la tension, de l'anxiété et du stress de l'alcool semblent dominer chez les répondants (Stewart, 1991 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Les principales raisons évoquées quant à cette consommation sont : socialiser avec des amis, diminuer la tension et l'anxiété (spécialement avec des personnes de l'autre sexe) et enfin se sentir mieux dans sa peau en société.

Par contre, un aspect demeure toujours difficile à clarifier : l'association à un groupe de pairs adoptant des comportements déviants quant à la consommation d'alcool et de drogues est-il un facteur causal ou une conséquence de l'adoption de ce style de consommation ? Certains auteurs suggèrent que ce sont les adolescents consommant alcool et drogues qui sont sujets à un tropisme vers des jeunes adoptant les mêmes attitudes face aux substances (Freeman & Dyer, 1993 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Dans cette situation, les bénéfices sont le support social et le renforcement positif (approbation et acceptation des pairs) dans l'adoption de ces conduites à risque. Aussi, d'autres facteurs entrent en ligne de compte dans le choix du groupe de pairs du jeune. Les problèmes familiaux, le stress ainsi qu'une faible estime de soi interagissent tous dans cette prise de décision. Il devient donc difficile de séparer les facteurs étiologiques des conséquences de l'abus de substances dans de telles circonstances (Freeman & Dyer, 1993 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). C'est la qualité du fonctionnement familial qui déterminera le choix des pairs par le jeune (Bahr, Marcos & Maughan, 1995). Ainsi, l'incohérence parentale, la non-démocratisation et la dévalorisation des activités intellectuelles sont des facteurs de risque qui peuvent encourager une sélection de pairs

qui consomment. C'est cette relation qui amènera ensuite le jeune à consommer. Fait à noter, les garçons semblent être davantage attirés et influencés vers des pairs consommant de l'alcool et des drogues que les filles, expliquant en partie une plus grande consommation masculine chez les adolescents (Wills et coll., 1992 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Plusieurs critiques sont formulées envers les études associant le développement de la toxicomanie au groupe de pairs du jeune (Kandel, 1996 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Kandel (1996) dénonce l'indifférence de la plupart de ces études face à l'influence parentale dans le choix du groupe d'amis. Il affirme que ces travaux ont comme base principale le jugement et la description du jeune de son groupe de pairs et dénonce le manque de considération de l'influence génétique dans le développement du trouble.

1.2.3.2 Le statut socio-économique :

Les résultats découlant des études portant sur le statut socio-économique comme facteur de risque de la surconsommation d'alcool et de drogues sont mitigés. Tout d'abord, certaines études rapportent une corrélation positive entre le niveau de scolarité des parents et la consommation de marijuana et d'alcool chez le jeune (Hawkins & collaborateurs, 1992). De plus, la pauvreté a été associée à des comportements déviants de la part du jeune, comportements qui augmentent les risques d'abus ultérieur d'alcool et de drogues (Robins & Ratcliff, 1979 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). La relation entre la pauvreté et l'abus de substances peut être expliquée par les conditions environnementales qui définissent la pauvreté, comprenant l'absence de travail (peu de revenus), la monoparentalité et la proximité de drogues illicites dans le voisinage (Gitlin, 1990 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Paradoxalement, il est suggéré qu'un haut niveau de revenu augmente la consommation d'alcool, mais que cet attribut économique n'est pas associé à un trouble de dépendance à celle-ci (Ross, 1995 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Quant à eux, de faibles revenus sont associés plus fortement au développement de l'alcoolisme, et qu'en comorbidité avec certains troubles psychiatriques, les risques sont encore plus importants.

Par contre, d'autres études ne corroborent pas ces résultats. Bahr & collaborateurs, (1995) et McGue, Sharma et Benson (1996) n'obtiennent pas de corrélation significative entre le statut socio-économique des parents et la consommation des enfants. Ils mentionnent plutôt l'importance de l'impact du fonctionnement familial dans le développement de problèmes de consommation des adolescents. Les résultats paradoxaux ne permettent donc pas de définir irréfutablement le statut socio-économique comme facteur de risque de la toxicomanie.

1.3 Pertinence de la recherche :

La revue de littérature précédente nous offre beaucoup d'informations sur certains facteurs prédisposant à l'apparition d'une toxicomanie chez un individu. En résumé, plusieurs études démontrent tout d'abord un lien entre la consommation des parents et celle de leur enfant. Il est aussi démontré que le fonctionnement familial a aussi un impact sur, non seulement la consommation de l'individu, mais aussi sur le choix du groupe de pairs qui influence à son tour la consommation de l'individu. Finalement, des liens sont également démontrés entre les différents types d'abus vécus (sexuel, physique et psychologique) et l'apparition d'un trouble de toxicomanie chez un individu.

De plus grandes connaissances quant aux perceptions d'un individu en lien avec son contexte développemental ayant un impact sur la gravité de la toxicomanie d'un individu peuvent contribuer de plusieurs façons au service social. De par la mise à jour du rôle de certains *facteurs de risque* tels que les antécédents de violence vécus par l'individu, les relations conflictuelles avec les parents, la consommation antérieure de ceux-ci ou encore la démonstration de la présence d'un *facteur de protection* comme la présence d'une relation étroite et durable avec les parents, il peut s'en suivre une meilleure compréhension du phénomène.

1.3.1 Pertinence clinique

Comme vu plus haut, dans la littérature portant sur l'alcoolisme et la toxicomanie, plusieurs modèles explicatifs y sont répertoriés. Ces derniers nous permettent de mettre un peu de lumière entre les différentes forces d'associations des déterminants de vie du toxicomane et sa consommation actuelle. Par exemple, certains liens sont établis entre la consommation des parents, celle de son groupe de pairs et celle de l'enfant devenu adulte. Par contre, même si les modèles explicatifs sont scientifiquement valables, qu'en est-il d'un contexte d'étude où les données recueillies par le chercheur sont auto-révélées par la personne toxicomane elle-même? Est-il possible pour le clinicien d'appliquer les mêmes modèles explicatifs dans une situation où la perception joue un rôle primordial dans la collecte des données ? Est-ce que les informations recueillies auprès du toxicomane ont autant de poids que les modèles explicatifs veulent bien leur en donner ? Par exemple, peut-on observer une association aussi importante entre la consommation des parents et celle de l'enfant devenu adulte lorsque les informations recueillies sont auto-révélées et font appel à la perception de l'usager ? En arrière-plan, cette recherche a donc un souci de familiariser le clinicien en lien direct avec les usagers à la réalité des patients consultants. Elle permettra, entre autres, d'aguerrir le clinicien sur l'importance des informations auto-révélées et d'estimer le poids de ces informations dans la prédiction de la consommation actuelle de l'usager. En second lieu, les analyses multivariées permettront de déterminer si l'interaction entre certaines variables spécifiques est associée à une plus grande ampleur de la gravité de la toxicomanie de l'usager. Il sera donc possible pour l'intervenant d'approfondir ses connaissances quant à l'importance de certains mariages perceptuels de déterminants de vie marquants et de leur impact sur la gravité la toxicomanie des usagers.

1.3.2 Pertinence scientifique

Principalement, la plupart des travaux scientifiques portant sur la toxicomanie tentent de déterminer la présence ou non de certaines variables, identifiées hypothétiquement comme facteurs de risque, à l'intérieur d'un échantillon de personnes toxicomanes. Par la suite, la présence ou l'absence de ces variables du vécu des individus présents dans l'échantillon est comparée au groupe contrôle afin d'en mesurer l'importance et de faire ressortir les différences entre les deux groupes comparatifs. La pertinence et la particularité scientifique de la présente recherche résident dans le fait que la population à l'étude constitue uniquement des personnes aux prises avec un trouble de toxicomanie et judiciarisées (absence d'un groupe contrôle). Aussi, les variables à l'étude, par exemple l'abus émotionnel ou physique vécu par l'individu, ne sont donc pas analysées sous l'optique de potentiels facteurs de risque causant l'apparition d'une toxicomanie, mais bien comme facteurs pouvant potentiellement aggraver la toxicomanie de l'individu.

1.3.3 Pertinence sociale

Statistique Canada, dans une enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, amène des chiffres éloquents quant à la présence imminente de la toxicomanie dans la société canadienne. Au Canada, en 2002, 640 632 individus âgés de 15 ans et plus étaient aux prises avec une dépendance liée à l'alcool, dont 116 583 au Québec seulement (86 363 hommes et 30 220 femmes). Lors de cette même année, le trouble de dépendance aux diverses drogues illicites était répertorié chez 122 008 individus, dont 34 603 Québécois. Il s'agit du 3^{e} taux le plus élevé au niveau provincial, seules la Colombie-Britannique et l'Alberta devancent le Québec à ce chapitre.

Quand il est question de toxicomanie, l'enjeu socio-économique est également une dimension importante de la problématique.

> « Une étude récente (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies-CCLAT, 1995), qui fait une estimation des coûts socio-économiques liés à l'usage et à l'abus d'alcool et des drogues illégales, évalue à 1,7 milliard les coûts liés à l'alcool et à 0,3 milliard ceux qui sont liés aux drogues. Au Québec, c'était 1,26 % du Produit intérieur brut (Desjardins, 1997). »[13]

À cet égard, un rapport du Haut comité d'étude et d'informations sur l'alcoolisme mentionne que cette substance est associée à 69 % des homicides volontaires, 58 % des incendies, 38 % des crimes et délits contre les enfants, 27 % des crimes et délits sexuels et 49 % des suicides (Bonnet, 1990). Il est donc constaté que de nombreuses problématiques sociales sont associées aux problèmes de dépendances à une substance. L'abus sexuel, l'inceste, la prostitution, la violence physique et psychologique, l'itinérance, le jeu pathologique et le suicide en sont donc de frappants exemples. En effet, plusieurs jeunes qui entretiennent des idéations suicidaires augmentent leur probabilité de passage à l'acte lors d'une intoxication isolée. Au Québec, selon Lesage et ses collaborateurs (1994), la moitié des sujets (moins de 18 ans) qui se sont suicidés présentaient un diagnostic de troubles liés à l'alcool.

Que ce soit en raison de la grande prévalence du problème, des coûts socio-économiques qu'elle engendre ou encore des nombreuses problématiques sociales qui y sont associées, la toxicomanie est indéniablement un important fléau dans la société québécoise et canadienne. Il est donc primordial d'approfondir encore davantage nos connaissances quant aux facteurs de risque, de protection et influençant la gravité de ce phénomène, et ce, afin d'en diminuer la prévalence et de maximiser l'efficience des interventions faites en ce sens.

---

[13] Nadeau,L. et Colette Biron (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Les Presses de l'Université Laval, page 9.

1.4 Les cadres explicatifs de la toxicomanie:

Au cours des années 50 et 60, le monde médical et social avait une perception bien particulière de l'alcoolisme et de la toxicomanie. On n'y reconnaissait très peu de déterminants sociaux et l'influence environnementale était à toute fin pratique ignorée. Il est probable que l'ascension des Alcooliques Anonymes en soit une manifestation. La théorie explicative utilisée pas les A.A. appelée « théorie de la maladie », proposait l'idée visant à traduire l'état d'impuissance de l'alcoolique. Cette idée servait à véhiculer l'image d'un individu qui a un penchant pour l'alcool et qui, dès son premier verre, éprouve un certain besoin physique de cette substance. Selon Jelinek (1960), cette prédisposition biochimique amène l'individu à boire excessivement chaque fois qu'il consomme une quantité d'alcool, peu importe celle-ci.

Stanton Peele, sceptique envers l'approche biochimique de Jelinek devient le premier allié des tenants de l'approche systémique dans le domaine de la toxicomanie :

> « On a recours à la théorie de la maladie dans un but très louable : déculpabiliser le toxicomane tout en rendant la population plus tolérante à l'égard de ces problèmes [...] si la théorie a contribué à créer un climat plus positif et plus humain qui a facilité les rapports avec beaucoup d'alcoolomanie, elle a eu un effet très nuisible sur notre façon d'envisager l'alcoolisme d'un point de vue théorique et sur notre aptitude en tant que société à faire face à l'alcoolisme. »[14]

Peele mentionne donc que pour l'époque, cette approche a apporté certains bienfaits concernant l'apprivoisement du trouble par la société. Ces influences sont clairement visibles dans l'angle de recherche des travaux au cours des années soixante et soixante-dix. En ce sens, Peele ajoute : « l'idée qui sous-tend cette théorie vise à traduire

---

[14] Peele, Stanton (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente, p.27.

l'état d'impuissance dans lequel se trouve les victimes de l'alcoolisme et à proposer une explication qui les libère de la responsabilité première pour la rejeter sur leur corps. »[15] Comme il sera démontré plus loin, les nombreuses recherches axées sur les facteurs génétiques n'expliquent qu'en partie les causes du développement d'un trouble de dépendance à une substance. Historiquement, les avenues empruntées afin de déterminer avec efficience les facteurs prédisposant aux problèmes de toxicomanie sont donc centrées sur deux modèles explicatifs : la génétique et l'influence des éléments environnementaux.

1.4.1 Génétique et toxicomanie :

Partant du constat que plusieurs désordres psychologiques ou psychiatriques présents chez un individu ont de fortes chances d'être également présents chez d'autres membres de sa famille (proches ou éloignés), il est possible d'envisager comme piste de recherche qu'une part des causes du développement d'un trouble de dépendance à une substance pourrait être d'origine génétique, ce qui confirmerait l'hypothèse des Alcooliques Anonymes. Traditionnellement, les recherches qui tentent de déterminer le niveau d'influence génétique dans le développement de désordres complexes commencent par des études sur des familles nucléaires, sur des familles adoptives, sur des jumeaux homozygotes et hétérozygotes et enfin sur l'isolation d'un gène ADN susceptible de favoriser le développement d'un trouble de consommation. Ces travaux démontrent pour la plupart l'importance des facteurs génétiques et servent de fondations pour des études subséquentes à l'intérieur de cet axe de recherche.

On s'intéresse donc depuis longtemps à la nature héréditaire de l'alcoolisme. Le sujet est bien documenté et les résultats relativement concluants. Les études portant sur des patients alcooliques hospitalisés indiquent que 80 % des sujets ont un proche parent

---

[15] Peele, Stanton (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente, p.27.

biologique rapportant au cours de leur vie un épisode alcoolique (Hesselbrock & Hesselbrock, 1992 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Dans une revue en profondeur de 39 recherches portant sur l'historique familial, on estime qu'un individu qui a, dans sa famille proche (first-degree relatives), un individu alcoolique présente une probabilité 4 à 5 fois plus élevée de développer le trouble que la population en général (Cotton's, 1979 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Plus récemment, d'autres résultats de recherches estiment cette probabilité jusqu'à 7 fois plus élevée (Merikangas, 1990 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Il est clair qu'un certain scepticisme est compréhensible quant à la validité externe des résultats des recherches mentionnées ci-haut. En effet, la plupart des études rapportant ces résultats avaient comme sujets exclusivement des hommes. Afin de combler cette lacune, il est possible d'observer d'autres études concernant les familles proches de femmes alcooliques qui rapportent un taux aussi élevé d'alcoolisme que celui des hommes chez les autres membres de la cellule familiale (Cloninger, Christiansen, Reich & Gottesman,1978; Hesselbrock & al., 1984 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Par ce fait, des travaux portant sur des jumelles et leur famille rapportent que la mère autant que le père peuvent transmettre à leur fille un bagage génétique favorisant le développement d'un trouble de dépendance, particulièrement lorsque ce dernier est très sévère (Kendler, Heath, Neale, Kesler & Eaves, 1992 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001).

Bien évidemment, afin de départager avec exactitude la part de la dimension génétique et celle de l'influence de l'environnement dans l'apparition et le développement du trouble alcoolique, des études portant uniquement sur la famille proche ou directe ne suffisent pas. En effet, il devient très difficile de séparer les facteurs biologiques (héréditaires) des facteurs environnementaux (sociaux) en n'utilisant que des familles nucléaires traditionnelles partageant à la fois le même environnement et le même bagage génétique. Il en est d'ailleurs une des limites de nombreuses études portant sur la génétique (Cook & Gurling, 1990).

Les études impliquant des familles adoptives permettent de pallier à cette limite. Plus particulièrement, une série d'études de ce type démontre un lien fort entre l'alcoolisme paternel et le développement du trouble chez le fils. En effet, même s'il est adopté à la naissance, le fils d'un père alcoolique a 4 fois plus de chance de développer un problème de ce genre que celui d'un père biologique n'étant pas aux prises avec ce trouble (Goodwin & collaborateurs, 1974 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Ces résultats sont corroborés par une pluralité de travaux similaires provenant par exemple de Suède (Bohman, Sigvardsson, & Cloninger, 1981 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001) ou encore des États-Unis (Cadoret, Cain, & Grove, 1980 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001).

Plus récemment, le début des années 90 a vu naître plusieurs études ayant pour sujets des jumeaux. Un niveau de consommation relativement semblable chez les deux jumeaux monozygotes (possédant le même bagage génétique) serait donc un argument majeur pour les tenants de l'approche génétique. De façon générale, les travaux supportent ce cadre explicatif de l'alcoolisme (Prescott & coll., 1994 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). En effet, la consommation de jumeaux monozygotes (identiques) concorde davantage que celle des jumeaux dizygotes (non identiques) (Kendler et coll., 1992 ; McGue, Pickens & Svikis, 1992 ; Pickens et coll. 1991 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Il est à noter que la consommation d'alcool de jumeaux qui grandissent dans deux foyers distincts demeure similaire (Hayakawa, 1987 ; Kaprio et coll., 1987 ; Pedersen, Friberg Floderus-Myrhed, McClearn, & Plomin, 1984 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Ces études amènent donc un support additionnel quant au degré d'importance de l'influence génétique dans le développement du trouble alcoolique. Il faut par contre soulever une limite importante de ce genre d'étude. Même si cette méthode semble démontrer que toutes associations entre les consommations des jumeaux monozygotes versus dizygotes sont dues uniquement à l'hérédité, certains auteurs rappellent qu'à l'âge adulte, les jumeaux identiques sont portés à vivre davantage sous le même toit ou encore passent en moyenne plus de temps libres ensemble. Or, cette proximité peut augmenter la concordance dans le niveau de consommation et ainsi

augmenter la possibilité d'un biais dans les résultats (Cook & Gurling, 2001 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001).

Finalement, les dernières découvertes génétiques intéressantes dans le domaine de l'alcoolisme portent sur l'ADN, plus particulièrement sur un marqueur génétique en lien avec la présence d'un trouble alcoolique. Il s'agit d'un type de récepteur dopaminergique appelé *DRD2*. Par définition, un marqueur génétique doit être une caractéristique observable d'un organisme, d'une protéine, d'un gène ou d'une séquence d'ADN (Cook & Gurling, 2001 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Certains chercheurs ont démontré une corrélation significative entre la présence du DRD2 et l'alcoolisme chez un individu (Blum & collaborateurs, 1990 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Ces chercheurs ont découvert la présence de ce gène dans 69 % des 35 cerveaux d'alcooliques analysés (post-mortem) comparativement à seulement 20 % dans le groupe contrôle. Plus tard, des chercheurs ont combiné les résultats de différentes études portant sur le même marqueur génétique en lien possible avec l'alcoolisme, mais n'ont pu en venir à une unanimité dans les conclusions. Globalement, certains y ont démontré une association significative (Noble, 1993 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001), et d'autres non (Gelernter & coll., 1993 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Il est à noter une limite majeure de ces travaux. Ils comprenaient des échantillons construits exclusivement de sujets caucasiens. Par exemple, les Afro-américains ou encore les Orientaux y sont à peu près ignorés et le nombre peu élevé.

Cette piste de recherche concernant le *DRD2* offre tout de même une avenue fort intéressante, non seulement en ce qui a trait à l'alcoolisme, mais aussi dans la compréhension d'autres troubles. En effet, on remarque une forte association entre la présence du *DRD2* et la polytoxicomanie (Smith & collaborateurs, 1992 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Ces associations ne sont cependant pas toujours démontrées (Berrettini & Persico, 1996 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Fait intéressant, on rapporte aussi une fréquence élevée de ces récepteurs dopaminergiques non seulement chez l'alcoolique, mais aussi chez les individus atteints du syndrome de Gilles de la Tourette, d'autisme, d'un déficit attentionnel et d'hyperactivité (Comings &

collaborateurs, 1996 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). D'autres recherches doivent donc être menées afin d'en savoir un peu plus sur l'importance de ceux-ci dans l'apparition du trouble alcoolique et d'en clarifier davantage leur rôle.

Les études sur les marqueurs génétiques ont pour la plupart une limite importante :

> « Genetic association have methodological weaknesses because hidden population stratifications in control and disease populations may be present. For example, selection of heavy drinkers may inadvertently lead to selection of a particular ethnic or racial group that displays higher of the marker type than does the control population. »[16]

Plusieurs chercheurs se sont donc penchés sur la question des différents groupes raciaux et de la présence du *DRD2* en cas d'alcoolisme. À cet égard, les résultats sont mitigés. Tout d'abord, des associations significatives ont été démontrées chez les populations noires, caucasiennes et orientales (Blum & coll., 1990 ; Arinami & coll., 1993 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001), mais aucun lien du côté de la population amérindienne n'a pu être observé. (Godman & coll., 1993 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Cependant, dans d'autres travaux, des résultats contraires ont aussi été obtenus chez les Caucasiens et les Orientaux (Gelernter & collaborateurs, 1991; Chen & collaborateurs, 1996 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Les résultats combinés des études mentionnées démontrent des associations significatives pour les Afro-américains (seulement 6 % des sujets à l'étude) et les Caucasiens contrairement aux Orientaux (Cook & Gurling, 2001 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Les recherches scientifiques en lien avec l'ADN offrent des pistes d'études pertinentes, mais ces démarches ne sont encore qu'à un état embryonnaire. Le manque de constance et de consensus dans les résultats nous force à exiger d'autres travaux dans ce domaine afin de confirmer où

---

[16] Cook, Christopher & Hugh Gurling (2001). *International Handbook of Alcohol Dependance and Problems*. Heather, Peters & Stockwell, (2001), p.262

d'infirmer l'importance du marquer génétique *DRD2* dans le développement d'un trouble de dépendance, surtout dans une optique multi-ethnique.

Malgré ces résultats, l'alcoolisme et la toxicomanie ne peuvent être expliqués que par des facteurs d'ordre biologique ou génétique. Ce phénomène ne peut être compris dans son ensemble qu'en considérant les interactions entre l'influence génétique et les facteurs psychosociaux (Abrams & Wilson, 1985 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Les modèles explicatifs s'appuyant sur des facteurs génétiques ne tiennent pas suffisamment compte de l'influence des différents systèmes relationnels gravitant autour d'un individu, et par conséquent des répercussions majeures pouvant résulter des interactions individu-environnement. La théorie de l'apprentissage social tente davantage de prendre en considération les facteurs environnementaux comme élément explicatif des problèmes de consommation.

1.4.2 Apprentissage social et toxicomanie :

La théorie de l'apprentissage social prend tout d'abord en considération le fait que la toxicomanie ne peut être expliquée que par des facteurs d'ordre biologiques ou génétiques. Selon cette théorie, ce phénomène ne peut être compris dans son ensemble qu'en considérant les interactions entre l'influence génétique et les facteurs psychosociaux (Abrams & Wilson, 1985). Ce modèle théorique appliqué à l'abus d'alcool et d'autres substances est en fait un dérivé de certains principes empruntés à la psychologie sociale, comportementale et expérimentale. Il est également nommé *modèle de comportement dépendogène* (addictive behavior model), (Marlatt & Gordon, 1985). Les explications ultérieures relatives à cette théorie comprennent à la fois la définition de ses principaux concepts et l'application de ceux-ci au développement de problèmes de consommation de substances tel que démontré entre autres par Monti et ses collaborateurs (2002).

Une première notion stipule que l'apprentissage de la consommation d'alcool du jeune est grandement déterminé par l'influence sociale des principaux acteurs gravitant autour de lui, en particulier celle de ses parents et de son groupe de pairs servant davantage de modèles :

> « One principle of SLT embodies the developmental notion that learning to drink occurs as part of growing up in a particular culture in which the social influences of family and peers shape the behaviors, beliefs and expectancies of young people concerning alcohol. Youthful drinking is inluenced by the modeling of alcohol consumption; the creation of specific expectations of the benefits of drinking via media portrayals of sexual prowess, power, and success; and social reinforcement of peer groups. »[17]

En support à ce premier principe, l'attitude et les comportements des parents en regard à l'alcool semblent être de fortes variables de prédiction du comportement de consommation d'alcool du jeune (Barnes, 1977 ; O'Leary, O'Leary & Donovan 1976; Bahr. Marcos & Maughan, 1995). Les jeunes se développant dans une famille où il y a divergeance dans les attitudes des deux parents envers l'alcool, où il y a peu présence de démocratie dans les prises de décision familiale ainsi qu'une faible valorisation des activités intellectuelles semblent être davantage portés à consommer de l'alcool (McGue, Sharma & Benson, 1995). Quant à eux, Bahr, Marcos & Maughan (1995) affirment qu'il existe bel et bien un lien entre l'attitude et le style de consommation des parents et celui du jeune, mais que ce lien est encore plus fort avec son groupe de pairs. Plus ce groupe consomme, plus le jeune consomme. Des corrélations significatives sont également observées dans cette étude entre le climat familial et le choix des amis ainsi qu'au niveau de son engagement académique et sa consommation.

---

[17] Monti, Peter et collaborateurs (2002). *Treating alcohol dependance; A coping skills guide* (2e édition). The guilforg press, p.4.

Bandura (1985), pionnier de la théorie de l'apprentissage social en lien avec le trouble de dépendance à une substance, explique que les personnes alcooliques sont des individus qui ont appris, au cours des différentes expériences de coping et de renforcements, à utiliser la consommation d'alcool comme une réponse dominante aux différents agents stresseurs de leur environnement. Ces derniers peuvent être vus comme résultant d'un déséquilibre entre les demandes environnementales (exigences de la société, du monde extérieur) et les ressources individuelles présentes pour les combler (Shiffman et Wills, 1985). Globalement, la théorie de l'apprentissage social (Bandura 1977, 1997) suggère que les attentes d'un individu (expectancies) envers l'alcool sont primordiales dans le développement d'un désir profond de consommer, et que ces mêmes attentes sont le moteur de la poursuite d'un comportement quand il a consommé. Depuis ses débuts, la théorie de l'apprentissage social a généré plusieurs recherches cliniques sur l'utilisation et l'abus d'alcool. Abraham & Niaura (1987) ainsi que Maisto, Carey & Bradizza (1999) font ressortir dans leur ouvrage une série de principes directeurs épousant la théorie de l'apprentissage social, lorsqu'utilisée dans une optique de consommation et de dépendance.

Le renforcement positif qu'amène la consommation d'alcool est un autre concept de base de l'apprentissage social. Ces renforcements influencent fortement l'utilisation de la substance (Monti et coll., 2002). Physiologiquement, ils peuvent être définis comme un sentiment d'euphorie et de bien-être (Wills & Shiffman, 1985) ou encore comme étant une sensation corporelle de chaleur (Grunberg et Braum, 1985). Quant aux renforcements d'ordre sociaux, Monti et ses collaborateurs (2002) affirment :

> « Social reinforcement is another important potential source for drinking behavior. Negative reinforcement (terminating unpleasant experiences) or the expectation of negative reinforcement may also be a potent factor in developing or maintaining drinking problems, through reduction of tension or negative moods, relief from pain, or release of social inhibitions. »[18]

[18] Monti, Peter et collaborateurs (2002). *Treating alcohol dependance; A coping skills guide* (2e édition). The guilforg press, p.5.

Un autre important principe de la théorie de l'apprentissage sociale appliqué à la problématique de toxicomanie est celui de la présence de stimuli environnementaux, emprunts à la psychologie behaviorale-cognitive. En effet, Monti et ses collaborateurs (2002), avancent l'idée que certains éléments de l'environnement peuvent, un peu à la manière des mécanismes de conditionnement pavlovien, déclencher une envie de consommer chez un individu (conditionnement classique). Ces stimuli sont nombreux et différents d'un individu à l'autre. Par exemple, des individus (partenaires de consommation), des endroits (e.g. bars), des objets (e.g. l'odeur ou la vue de la substance), certaines périodes dans le temps (e.g. la fin du travail) ou des états intérieurs (e.g. stress, anxiété, agressivité) peuvent être vus comme des stimuli potentiels.

En addition à ces stimuli environnementaux, la théorie de l'apprentissage social met de l'emphase sur le rôle des expériences, des émotions et des pensées ou cognitions présentes chez l'individu dans le développement d'un style de consommation :

> « These immediate determinants of drinking, or *proximal determinants*, include antecedants such as environmental cues, the current cognitive-emotional-physiological state of the individual, and the individual's repertoire of coping and problem solving-skills (e.g., drink refusal skills) and expectations (Abraham & Niaura, 1987) »[19]

Donc, outre les stimuli environnementaux, l'état psychologique et émotionnel d'un individu ainsi que ses capacités à résoudre des problèmes sont des éléments importants dans la prise de décision d'un individu relative à sa consommation.

Finalement, le dernier facteur cognitif fort important, l'efficacité des capacités adaptatives personnelles (self-efficacy) ou auto-efficacité, sera l'élément déterminant de la consommation ou l'abstinence d'un individu. Elle signifie la capacité pour une

---

[19] Monti, Peter et collaborateurs (2002). *Treating alcohol dependance; A coping skills guide*, (2e édition). The guilforg press, p.7.

personne de s'adapter à une situation particulière sans consommer. Or, la confiance d'un l'individu en ses capacités de s'adapter dans une situation spécifique, sa croyance en celles-ci et son estimation des chances de succès va déterminer la sélection et l'implantation ou non d'un comportement abstinent (Monti, 1999).

1.4.3 La théorie comportementale-cognitive :

Certains chercheurs offrent un portrait du cadre explicatif comportemental dans le développement de l'alcoolisme chez un individu (Cook & Gurling, 2001 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Le principe central de cette théorie est le suivant : le comportement est contrôlé par l'évaluation du sujet des conséquences reliées à celui-ci, par les récompenses et les punitions qu'il engendre (conditionnement opérant). Les principes secondaires qui sous-tendent cette théorie tentent d'expliquer comment les renforcements occasionnés par l'alcool peuvent avoir tant d'emprises sur le comportement du sujet. Premièrement, dans l'évaluation de l'individu, les conséquences immédiates de la consommation d'alcool prédominent sur les conséquences à long terme. Certaines conséquences de la consommation (e.g., désinhibion, relaxation) sont plus puissantes que celles qui sont catégorisées moins probables (e.g., isolement, problèmes de santé, problèmes financiers). Ces renforcements qui stimulent la progression et l'augmentation de la consommation de substance afin d'obtenir les conséquences recherchées (e.g., effets pharmacologiques) par le consommateur et la dépendance à cette substance peuvent engendrer un schème comportemental persistant.

Finalement, le processus de sélection, d'adoption et le maintien d'un comportement se fait non seulement à partir de l'évaluation des conséquences de celui-ci, mais aussi en comparaison avec celles de comportements alternatifs qui s'avéreraient des options potentielles (Koob & Boosma, 1998 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001). Toujours selon ces auteurs, les conséquences immédiates ou à court terme de la consommation d'alcool et l'augmentation de celle-ci due au phénomène de tolérance empêchent la personne souffrant d'alcoolisme de percevoir les conséquences à long terme de l'abus de substance. Ainsi, ce phénomène l'empêche de percevoir les

conséquences néfastes de tels comportements apparaissant sur une plus longue période par exemple l'isolement, la perte d'un emploi, les problèmes de santé et financiers et par le fait même la diminution de l'estime de soi. Par la suite, l'alcoolique entre dans le mouvement de spiral de la consommation :

> « In contrast to the variable and uncertain rewards in other domains of his/her life, the problem drinker faces the availabilty of rapid and certain effects from alcohol consumption. Gradual tolerance development progressively increases the amount of drinking required to achieve the same effect. Impairments or disruptions consequent to drinking can further reduce the availability of rewards in non-drinking domains of life functionning, and spiraling behavioral deterioration can ensure in which non-drinking-related behavioral repertories are progressively displaced by drinking related behavior. »[20]

Outre les renforcements d'ordre pharmacologique, les renforcements sociaux et environnementaux influencent également la consommation d'alcool d'un individu. La réponse de l'environnement peut elle aussi contribuer à un patron de consommation abusif :

> « Alcohol may produce behavioral changes in the drinker that increase exposure to other sources of reward (e.g. changes in social behavior), and alcohol consumption may alter the way others in the environment behave in response to the drinker. These type of non-pharmacological consequence are likely an important component of the overall array of reinforcement contingencies that can, under appropriate conditions, contribute to the development and maintenance of abusive and inappropriate patterns of alcohol self administration. »[21]

---

[20]Cook, Christopher & Hugh Gurling (2001). *International Handbook of Alcohol Dependance and Problems*, Heather, Peters & Stockwell (2001), p.301.

[21] Cook, Christopher & Hugh Gurling (2001). *International Handbook of Alcohol Dependance and Problems*, Heather, Peters & Stockwell (2001), p. 302.

Une dimension majeure de la perspective comportementale en lien avec l'abus de substances concerne le type de désordre de ce comportement. En prenant en considération la notion de conditionnement opérant, un bémol est apporté quant au caractère compulsif de la surconsommation. En effet, l'auto-administration excessive d'alcool est davantage défini comme un désordre d'attraction plutôt qu'une compulsion. Certains chercheurs (Bigelow, Brooner & Silverman, 1998 *in* Heather, Peters & Stockwell, 2001) avancent que le concept d'attraction reconnaît le renforcement que procurent les effets pharmacologiques de l'alcool, et centrent leurs recherches sur les causes de l'alcoolisme dans cette optique. Ces derniers ne négligent pas également les autres renforcements potentiels ou événements encourageant la consommation. Le concept d'attraction est axé sur les conséquences *ultérieures* à la consommation d'alcool. La compulsion, quant à elle, comprend davantage les événements *antérieurs* à l'absorption de substances, qui apparaissent irrésistibles au point de rendre le désir de consommation incontrôlable (e.g. attrait du rituel).

1.4.4 La théorie de l'attachement :

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1980) offre un schème explicatif facilitant la compréhension des conséquences présentes et ultérieures au niveau des relations familiales (parent-enfant), démontrant par le fait même l'importance de celles-ci dans le développement de l'enfant et du jeune adulte. Cette théorie fournie également des explications concernant l'impact des séparations et des pertes relationnelles qui sont, selon Bowlby une partie importante de l'histoire de vie de plusieurs enfants adoptant des comportements déviants.

Selon la théorie de l'attachement : « Children are not slates from which the past can be rubbed by a duster or sponge, but human beings who carry their previous experiences with them and whose behaviour in the present is profoundly affected by what

has gone before. »[22] L'idée centrale de ce cadre explicatif est la suivante : la qualité des expériences relationnelles précoces dans le développement de l'enfant avec les individus lui donnant des soins (caregivers), ainsi que les expériences de séparation et de pertes relationnelles avec ces acteurs influencera la teneur et la qualité de ses relations ultérieures avec l'extérieur. Ces recherches sont devenues au fil du temps un rouage important dans l'explication des différences individuelles dans les relations interpersonnelles, non seulement avec la famille, mais également avec le groupe de pairs ainsi que les relations de toutes sortes (Bowlby 1969, 1973,1980).

Un postulat central de la théorie de Bowlby peut être qualifié d'évolutif (au sens darwinien), en ce sens que l'enfant possède un instinct qui le pousse à rechercher la proximité avec un adulte protecteur afin d'assurer sa survie (habituellement la mère et/ou le père). C'est cet instinct qui mènera à un comportement d'attachement adopté par l'enfant envers la personne qui lui donne des soins. Ce comportement est mis en évidence quand l'enfant se sent apeuré, en danger ou stressé (George, 1996 in Schofield, 2002). Le niveau de qualité d'un comportement d'attachement peut être déterminé par l'observation du rôle significatif de l'anxiété éprouvée par l'enfant en lien avec le degré de disponibilité des soins en situation de stress ou de danger (Goldberg, 2000 ; Howe et coll., 1999 in Schofield, 2002). Pour l'enfant bénéficiant de cette disponibilité, l'anxiété disparaît avec les réponses positives de son entourage. Le processus de construction d'une relation d'attachement de qualité repose sur la répétition dans le temps d'expériences où l'enfant peut prévoir et obtient des réponses positives de la part des individus prenant soins de lui (caregivers). Ces réponses apparaissent sous la forme de soins physiques et émotionnels, de protection ou encore de disponibilité. L'enfant apprendra donc plus facilement à contrôler son niveau de stress et d'anxiété :

---

[22] Schofield, Gillian (2002). Attachment Theory : *An Introduction for Social Workers*, Social Work Monographs, Norwich, p.2.

> « Although anxiety about physical and emotional is the key in the early development of an attachment relationship, over time and context of sensitive caregiving the infant learn to trust, to wait for her needs to be satisfied. He can then manage anxiety and tolerate brief separation from attachment figure or figures. » [23]

D'importantes conséquences développementales découlent de la qualité et la synchronicité de la relation d'attachement aidant-enfant. Selon certains chercheurs (Ainsworth et ses collaborateurs, 1978 in Schofield, 2002), le sentiment de confiance éprouvé par l'enfant envers son aidant (secure base) lui permet d'utiliser son énergie et de porter son attention sur des activités de type exploratoire. L'enfant peut donc à sa guise explorer, s'intéresser et apprendre de son environnement. Cette phase exploratoire est nécessaire à l'enfant pour développer des habiletés de représentations mentales. En moment de stress, l'enfant retournera simplement vers la ou les personnes lui apportant cette sécurité.

En raison de l'importance des représentations mentales dans le développement d'un individu, la formation d'une bonne relation d'attachement (secure attachment) influence également le développement des capacités cognitives de l'enfant. À ce sujet, Howe et ses collaborateurs (1999) mentionnent : « Felt security can therefore be experienced by the use of the growing capacity to mentalise »[24] L'émergence chez l'enfant de la faculté de réfléchir à propos de ses pensées ou de la pensée des autres, capacités métacognitives, est nommée fonction réflective (reflective function). Son association avec le sentiment d'attachement a été démontrée (Fonagy, (2000) in Schofield, 2002). Les habiletés de l'aidant de réfléchir à propos de ses sentiments et de ceux des autres permettent à ce dernier de mieux gérer ses émotions et à développer un style de vie constructif pour soi et pour autrui (Howe et coll., 1999).

---

[23] Schofield, Gillian (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*, Social Work Monographs, Norwich, p.5.

[24] Schofield, Gillian (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*, Social Work Monographs, Norwich, p.5.

En accord avec Bowlby (1969), en la présence ou en l'absence d'un sentiment d'attachement sécure, l'enfant adapte ses comportements autour des réponses qu'il obtient de l'environnement relationnel dans lequel il se trouve. De plus, il en développera un schéma de fonctionnement interne (internal working model) qu'il utilisera dans le présent et dans le futur dans ses relations interpersonnelles avec d'autres acteurs. À ce sujet, Steele et Steele (1994) mentionnent : « The concept of internal working model refers to the mental reprensentation of past events and interpersonnal experiences, in the services of preparedness for futur diverse interpersonal experiences »[25] Belsky & Cassidy (1994) vont encore plus loin en affirmant que ces schéma comportementaux sont ancrés si profondément qu'ils influencent les émotions, pensées et comportements inconsciemment et automatiquement.

En résumé, le développement d'un sentiment d'attachement entre aidant/enfant est primordial dans le développement du jeune. Ce sentiment est développé par l'accumulation de réponses positives émises par l'environnement du jeune en lien avec les besoins qu'il a à combler. Il lui permettra ultérieurement de mieux gérer son stress et son anxiété et de maximiser l'efficience de son fonctionnement en société, ce qui teintera la qualité de ses relations interpersonnelles.

Donc, si l'on applique la théorie explicative de l'attachement au développement de la toxicomanie et du modèle qui sera décrit plus loin, un individu ayant une relation durable et efficace avec ses parents se retrouvera donc mieux outillé afin de maximiser l'efficience de ses comportement en société, y compris sa consommation d'alcool et de drogues.

Il est démontré dans la littérature scientifique que le type d'attachement développé par un individu envers ses aidants, qu'il soit sécure, ambivalent ou anxieux, a un impact concret sur la consommation de substances d'un individu. À ce sujet, dans une étude

---

[25] Schofield, Gillian (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*, Social Work Monographs, Norwich, p.7.

comparative incluant 119 sujets, les résultats démontrent que les individus aux prises avec un trouble de dépendance à une substance ont expérimenté, durant leur développement, un niveau d'attachement significativement moins sécure que le groupe contrôle. Plus spécifiquement, les personnes toxicomanes percevaient moins d'encouragement parental face au développement de leur autonomie, un faible support émotionnel ainsi qu'une relation parent/enfant pauvre affectivement. De plus, en confirmation à la théorie de Bowlby, les individus dépendants éprouvaient un plus grand degré d'anxiété en ce qui a trait à leurs relations interpersonnelles, par crainte de ne pas être aimés ou d'être abandonnés (Sicher, 1998 *in* Schofield, 2002). Plusieurs autres résultats d'études corroborent ces résultats et démontrent une plus grande présence d'un style d'attachement insécure ou anxieux chez les individus aux prises avec un problème de toxicomanie (e.g. Frank, 2001 *in* Schofield, 2002). Dans une recherche faite auprès de 101 Américains souffrant d'alcoolisme, 74,6 % des individus avaient développé un style d'attachement insécure ou anxieux (Andreopoulos, 2002 *in* Schofield, 2002). De plus, il est démontré que le développement d'un type d'attachement insécure favorise également la précocité de la consommation de tabac, de marijuana et d'alcool chez le jeune (Armogida, 2001 *in* Schofield, 2002).

1.5 Choix du cadre théorique

Étant donné la pluralité ainsi que la diversité des variables étudiées, un seul angle d'analyse ne s'avérerait pas suffisamment polyvalent et complet pour être utilisé seul comme cadre explicatif. À l'intérieur du cadre théorique, deux théories seront donc privilégiées afin de maximiser l'efficience de ce dernier et de former un cadre théorique plus complet : la théorie de l'apprentissage sociale et la théorie de l'attachement. Voici donc une explication de ces choix en lien logique avec les variables à l'étude.

1.5.1 La théorie de l'apprentissage social

Comme vu plus haut, Bandura (1985) explique que les personnes alcooliques sont des individus qui ont appris, au cours des différentes expériences de coping et de renforcements, à utiliser la consommation d'alcool comme une réponse dominante aux différents agents stresseurs de leur environnement. Ces derniers peuvent être vues comme résultant d'un déséquilibre entrent les demandes environnementales et les ressources individuelles (Shiffman et Wills, 1985 in Monti & coll., 2002). Prenant en considération cet important rouage de la théorie de l'apprentissage social, certaines variables à l'étude à l'intérieur de cette recherche peuvent être analysées sous l'angle de ce cadre théorique. En gardant à l'esprit que ces dernières réfèrent à la perception rétrospective de l'individu en ce qui a trait à son vécu antérieur, les variables qui attireront notre attention sont les problèmes de consommation des parents, les relations conflictuelles vécues par l'individu avec les parents, la santé mentale chez les parents, ainsi que la violence (physique, psychologique et sexuelle) subie par la personne toxicomane.

1.5.2 La théorie de l'attachement

Hypothétiquement, un facteur de protection possible en ce qui a trait à la gravité du trouble de dépendance à une substance est la présence d'un lien étroit et durable entre le père et/ou la mère et l'usager. La théorie de l'attachement demeure le choix du chercheur quant au cadre explicatif concernant l'importance de cette variable. Comme l'affirme Bowlby (1969), le développement d'un sentiment d'attachement entre aidant/enfant est primordial dans le développement du jeune. Ce sentiment est développé par l'accumulation de réponses positives émises par l'environnement du jeune en lien avec les besoins qu'il a à combler. Il lui permettra ultérieurement de mieux gérer son stress et son anxiété et de maximiser **l'efficience de son fonctionnement en société**, ce qui teintera la qualité de ses relations interpersonnelles.

CHAPITRE 2

2 MÉTHODOLODIE DE RECHERCHE :

2.1 Type et approche de recherche :

L'objectif général de cette étude est de vérifier s'il y a une association entre la perception rétrospective de déterminants de vie marquants et la gravité de la toxicomanie chez les usagers judiciarisés des services publics, en traitement pour toxicomanie de la province de Québec. Il s'agit d'une recherche de type explicatif et corrélationnelle.

L'approche méthodologique favorisée pour cette recherche en est une quantitative. Ce choix s'explique par le désir du chercheur de déterminer les forces d'association entre les différentes variables observées. Nous procédons à des analyses secondaires des données recueillies dans le cadre d'une large étude multicentres subventionnée par le CQRS : « Compréhension de l'impact d'un traitement pour personnes toxicomanes-judiciarisées à partir d'un modèle tripartite : L'intervention, le client et son environnement » (Brochu, Cournoyer, Bergeron, Brunelle, Landry et Tremblay, 2003). Nous utilisons les données recueillies à un seul moment dans le temps, soit le profil clinique des usagers participant à la recherche au moment de leur admission en traitement. Il s'agit donc d'analyses de type transversal. *L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)* est l'entrevue semi-structurée utilisée dans cette recherche. Des éléments de réponses sont cependant rétrospectifs, puisque certaines données obtenues sont en lien avec des événements antérieurs (e.g., histoire de toxicomanie des parents) faisant partie intégrante du passé de l'usager.

2.2 Les objectifs de la recherche :

2.2.1 Objectif général :

— Vérifier s'il y a une association entre la perception rétrospective de déterminants de vie marquants et la gravité de la toxicomanie chez les individus judiciarisés admis en soins intensifs en raison de leur toxicomanie de la province de Québec.

2.2.2 Objectifs spécifiques :

— Déterminer s'il y a association entre la perception de l'usager concernant les problèmes de consommation de ses parents et la gravité de sa toxicomanie.

— Déterminer s'il y a association entre la perception de l'usager concernant les problèmes psychiatriques de ses parents et la gravité de sa toxicomanie.

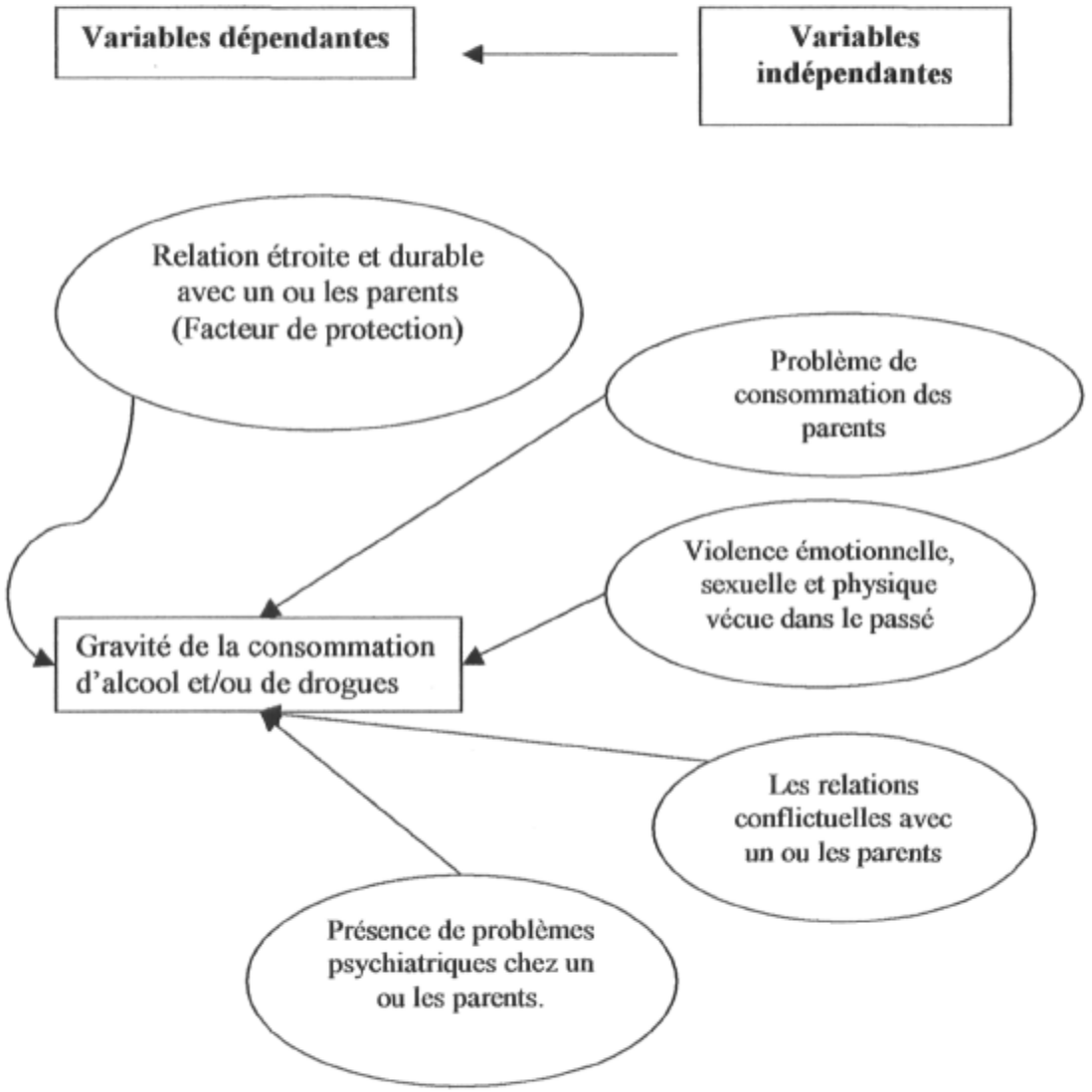
— Déterminer s'il y a association entre la perception de l'usager concernant les diverses formes de mauvais traitements subis et la gravité de sa toxicomanie

— Déterminer si la perception de l'usager concernant la présence d'une relation étroite et durable avec l'un ou l'autre des parents peut être un *facteur de protection* qui atténue l'impact de l'un ou des facteurs de risques présents.

Il est à noter que ces données sont toutes rapportées par la personne toxicomane-judiciarisée lors de la passation du questionnaire « *Indice de gravité d'une toxicomanie* » remplit dès le tout début du traitement, et font appel aux perceptions que se fait l'usager de déterminants marquants de sa vie.

Afin de faciliter la compréhension de cette démarche scientifique, voici la schématisation des variables dépendantes et indépendantes jouant un rôle dans cette étude. Il en suivra dans la section ultérieure la nomenclature de celles-ci.

Schématisation des variables du modèle explicatif 1et 2 :


Variables dépendantes
Variables indépendantes
Relation étroite et durable avec un ou les parents (Facteur de protection)
Problème de consommation des parents
Violence émotionnelle, sexuelle et physique vécue dans le passé
Gravité de la consommation d'alcool et/ou de drogues
Les relations conflictuelles avec un ou les parents
Présence de problèmes psychiatriques chez un ou les parents.

2.3 Les variables à l'étude :

2.3.1 Variable dépendante :

La variable dépendante présente dans ce modèle est la gravité de la toxicomanie actuelle évaluée par le score composé alcool et le score composé drogues. La gravité de la toxicomanie représente la consommation d'alcool et de drogues et comprend la fréquence et l'intensité de la consommation d'une ou de ces substances.

2.3.2 Variables indépendantes :

Les variables indépendantes du modèle sont : les problèmes de consommation des parents, la santé mentale des parents, la violence (physique, psychologique et sexuelle) subie par la personne toxicomane, les relations conflictuelles entre l'usager avec l'un ou ses parents, et finalement la qualité du lien (étroitesse et durabilité) entre les parents et leur enfant. L'ensemble de ces variables seront définies plus loin (section 2.4). Il est à noter la subjectivité de ces données basées sur la perception propre de l'usager et auto-révélées.

2.4 Définition des principaux concepts :

Afin de mieux comprendre la signification de l'ensemble des variables utilisées par l'auteur tout au long de ce travail et de mieux en saisir leur angle d'étude, voici un ensemble de définitions qui facilitent cet exercice. Quand la situation le permet, les définitions des variables sont tirées directement du manuel d'utilisation de l'instrument de mesure utilisé, l'*Indice de gravité d'une toxicomanie*. Il est à noter que l'auteur de ces lignes prend en considération que ces définitions, quelquefois incomplètes ou imprécises,

demeurent une limite en soi de l'instrument de mesure et par ricochet de la présente recherche. Étant à l'heure actuelle les seules définitions qu'offre l'instrument de mesure utilisé, nous devons donc y être fidèle et nous y accommoder.

2.4.1 Substances psychoactives :

Dans le cadre de cette étude, une substance psychoactive est définie comme étant : « [...] une substance qui agit sur le psychisme d'un individu en modifiant son fonctionnement mental. Il peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience le comportement et diverses fonctions psychologiques. »[26]

2.4.2 Contexte développemental :

Dans le cadre de cette étude, le contexte développemental d'un individu se définit par les perceptions de ce dernier concernant plusieurs dimensions soit :la consommation de ses parents, les mauvais traitements subis, les problèmes psychiatriques de ses parents, et enfin les pertes relationnelles de l'usager. La présence d'une relation étroite et durable avec un ou encore les deux parents est également pris en considération comme faisant partie du contexte développemental de l'usager.

2.4.3 Toxicomanie ou dépendance :

Le DSM IV propose une définition plus précise du concept de dépendance en y ajoutant des critères cliniquement significatifs. Ce concept inclut toutes les dépendances liées à une substance, y compris l'alcoolisme. « Il s'agit d'un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance,

---

[26] Léonard, Louis & Mohamed Ben Amar (2002). *Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie*. Les presses de l'Université de Montréal, p.7

cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1) la tolérance ;
2) des symptômes de sevrage ;
3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée de prévue ;
4) un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5) un temps considérable consacré aux activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser le produit ou récupérer de ses effets ;
6) l'abandon ou la réduction significative des loisirs, des activités sociales et professionnelles à cause de l'utilisation de la substance ;
7) l'utilisation continue de la substance bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

2.4.4 Problèmes de consommation et problèmes psychiatriques des parents :

L'IGT ne donne pas de définition précise en ce qui a trait aux concepts de problèmes de consommation d'alcool et de drogues et aux problèmes psychiatriques des parents. Il précise cependant certains critères de traitement des réponses :

« La question sur l'histoire familiale tente d'établir ou du moins d'observer les relations possibles avec un historique de problèmes psychiatriques ou d'abus d'alcool et/ou de drogues. L'information recueillie ne peut pratiquement pas être validée par d'autres sources que l'usager lui-même. La réponse doit donc être traitée en suivant les critères suivants : pour qu'il y ait *problème* de la part d'un membre de la famille, il n'est pas nécessaire qu'un diagnostic ait été posé, toutefois, le problème doit avoir été suffisamment grave pour qu'un traitement soit indiqué (que le traitement ait lieu ou non). En clair, le problème psychiatrique était-il grave au point de nécessiter un traitement ? »[27]

La faible rigueur dans la définition de ces concepts est encore une fois une des limites de l'instrument de mesure.

2.4.5 La violence :

On tente d'y recenser trois types de violence : émotionnelle (subir des propos injurieux), physique (ayant occasionné des dommages corporels) et sexuelle (attouchements ou relations sexuelles imposées). Il s'agit ici s'informer si l'individu, selon lui, a été victime ou non d'un ou de plusieurs types de violence au cours de sa vie. Le manuel d'utilisation de l'*IGT* définit ces concepts sous l'appellation d'abus de la façon suivante :

[27] RISQ & FQCRPAT (1999, septembre). *Manuel d'utilisation de l'IGT*, adaptation de *Addiction Severity Index* (5e version, 1995), p.59.

2.4.5.1 Abus émotionnel :

« S'appuie uniquement et entièrement sur les propos de l'usager. Étant donné l'abus investigué, aucun jugement et aucune confrontation ne seront faits sur ce sujet, laissant à l'usager toute la latitude pour exprimer ce qu'il vit comme un abus émotionnel, ce qu'il juge abusif, peu importe que ce jugement soit fondé ou non selon autrui. »[28]

2.4.5.2 Abus physique :

« Repose sur les mêmes principes et critères que l'abus émotionnel, à une exception près, des simples fessées ou autres punitions du genre ne devraient pas être comptées comme des abus physiques à moins que, aux yeux de l'usager, ils aient été extrêmes et injustifiés. »[29]

2.4.5.3 Abus sexuel :

« Ne se limite pas, dans cette question à des rapports sexuels non désirés avec pénétration, mais bien à toutes formes d'agression ou de harcèlement de nature sexuelle par une autre personne. »[30]

---

[28] RISQ & FQCRPAT (1999). *Manuel d'utilisation de l'IGT*, adaptation de *Addiction Severity Index* (5e version, 1995*)*, p. 61.

[29] RISQ & FQCRPAT (1999). *Manuel d'utilisation de l'IGT*, adaptation de *Addiction Severity Index* (5e version, 1995*)*, p. 61.

[30] RISQ & FQCRPAT (1999). *Manuel d'utilisation de l'IGT*, adaptation de *Addiction Severity Index* (5e version, 1995*)*, p. 61.

Il apparaît évident que le manque de rigueur et de clarté de ces définitions deviennent une limite de l'instrument de mesure choisi. De plus, il est à noter que pour la variable émotionnelle, nous faisons face à deux types de subjectivité :celle du chercheur et celle du répondant. Certaines définitions plus complètes de ces concepts auraient pu être privilégiées. Santé Canada (1998), dans un guide de référence à l'intention des professionnels de la santé, donne des définitions beaucoup plus précises des différents types de violence. Adaptées à l'adulte, ces définitions auraient pu être utilisées dans la construction de l'instrument de mesure. Nous les citons à titre d'exemple, mais ne sont pas retenues dans l'étude actuelle.

2.4.6 Violence sexuelle :

« La violence sexuelle désigne une situation où un adolescent ou un adulte se sert d'un enfant pour se satisfaire sexuellement. L'enfant est exposé à un contact, à une activité ou à un comportement à caractère sexuel sous forme, par exemple, d'invitation à des attouchements, des rapports sexuels ou d'autres formes d'exploitation, telles la pornographie ou la prostitution infantile. »[31]

2.4.7 Violence psychologique :

La violence psychologique « désigne généralement des actions ou des omissions qui, selon les normes en vigueur dans une collectivité et du point de vue des spécialistes, pourraient avoir des effets psychologiques néfastes. »[32] Le rejet, l'humiliation,

---

[31] Santé Canada (1998). *Les conséquences de la violence faites aux enfants. Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé*, p.7.

[32] Santé Canada (1998). *Les conséquences de la violence faites aux enfants. Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé*, p.8.

l'intimidation, l'exploitation, l'isolement, la corruption et le retrait de l'affection sont des manifestations de ce type de violence.

2.4.8 Violence physique :

Santé Canada définit la violence physique par le fait de « frapper ou de battre un enfant, notamment de l'intoxiquer, le brûler, lui infliger des coups, lui donner des coups de pieds, le mordre, le secouer, le lancer à terre, l'étrangler, ou exercer toute force ou forme de contraintes contre lui. »

2.4.9 Relation étroite et durable :

Le concept de relation étroite et durable en est un très large, surtout si l'on regarde la définition qu'en donne notre instrument de mesure, l'IGT :

> « la présence de ce concept a pour but de déterminer la mesure dans laquelle, tout au cours de sa vie, l'usager a été capable d'établir et de maintenir des relations intimes, durables et personnelles avec ses parents. Une simple réponse « oui » ne suffit pas pour bien cerner la capacité d'entrer en contact avec ces personnes significatives. L'intervenant doit investiguer **l'intimité**, **la chaleur du contact** et **le sentiment de responsabilité mutuelle** face à la relation. L'usager accorde-t-il une valeur personnelle à l'autre au-delà des simples bénéfices que cette personne lui apporte ? Est-il prêt à investir des efforts pour maintenir cette relation ? »[33]

[33] RISQ & FQCRPAT (1999). *Manuel d'utilisation de l'IGT*, adaptation de *Addiction Severity Index* (5e version, 1995), p. 60.

2.4.10 Individu judiciarisé

La clientèle judiciarisée était définie par l'une des cinq caractéristiques suivantes au moment de leur demande d'aide : 1) personnes en instance d'inculpation, de procès ou de sentence pour un délit au code criminel ; 2) clients en probation ; 3) personnes en libération conditionnelle ; 4) individus en maison de transition ; ou 5) usagers qui bénéficient d'une libération sous caution ou d'une absence temporaire pour le traitement de leur toxicomanie. Toutes les informations nécessaires à l'établissement de l'admissibilité de la clientèle judiciarisée sont contenues dans l'IGT administré lors de l'évaluation clinique initiale.

2.4.11 Relation conflictuelle

Tel que définit dans le manuel d'utilisation de l'IGT, ce concept se rapporte à des problèmes graves et d'intensité et de durée suffisante pour mettre en danger la relation. Parmi ces problèmes, on peut y inclure une communication extrêmement faible, un manque complet de confiance ou de compréhension, de l'animosité ou encore des conflits et disputes chroniques. Ces conflits nécessitent un contact personnel, ou au moins par téléphone. Les contacts écrits sont intégrés puisque les lettres de toutes sortes (harcèlement, menaces) constituent également une forme de contact.

2.5 Les Hypothèses de recherche :

2.5.1 Première hypothèse :

Les usagers rapportant un problème de consommation de substances psychoactives chez leurs parents présenteront une gravité plus grande de toxicomanie que les usagers ne rapportant pas cette réalité.

2.5.2 Deuxième hypothèse :

La violence vécue dans le passé, les relations conflictuelles avec un ou les parents ainsi que la présence de problèmes psychiatriques des parents sont tous associés à une hausse de la gravité de la consommation de substances psychoactives des usagers.

2.5.3 Troisième hypothèse :

Malgré la présence de facteurs de risques, la perception de l'usager qui a pu établir une relation étroite et durable avec les parents est un facteur de protection, soit un facteur associé à une diminution de la gravité actuelle de la toxicomanie des usagers.

2.6 Présentation de l'instrument de mesure :

Comme mentionné auparavant, l'instrument de mesure utilisé dans cette étude est *l'indice de gravité d'une toxicomanie* (Bergeron, 1994). Il s'agit d'une entrevue semi-structurée d'une durée moyenne de deux heures et demie.

L'IGT est une version française d'un instrument nommé *Addiction severiy index* développé par McLellan, Luborvsky, Woody et O'Brien (1980). La validité et la fiabilité de l'*Addiction Severiy Index* ont été démontrées par de nombreuses études au cours des douze dernières années (MacClellan et coll. 1980 ; Kosten, Rounsaville et Kebler, 1985). « Une étude datant de 1995 réalisée par Bergeron et ses collaborateurs (1995) a permis de démontrer que *L'indice de gravité d'une toxicomanie* présentait des qualités psychométriques satisfaisantes, ce qui permet de considérer cet instrument comme l'équivalent francophone du questionnaire *Addiction Severity Index*. »[34]

[34] Profil de la clientèle du C.R.U.V. Comité de programmation du C.R.U.V., Septembre 1999, p.6.

L'IGT permet de quantifier le fonctionnement de l'usager sur sept sphères de vie : 1) la consommation d'alcool, 2) la consommation de drogues, 3) son état médical, 4) la qualité de ses relations interpersonnelles et familiales, 5) son état psychologique, 6) sa situation financière et 7) sa situation judiciaire. Une cote, nommée score composé, permet de synthétiser l'information concernant chacune des sphères. Les scores composés s'échelonnent sur une échelle de 0 à 1 : plus la cote est élevée, plus la sphère de vie est détériorée ou problématique. Pour les fins des analyses actuelles, les scores aux sphères alcool et drogues seront retenus à titre de variable dépendante et la qualité de ses relations interpersonnelles et familiales le seront à titre de variables indépendantes, en cohérence avec les hypothèses précédemment énoncées. Il est à noter que les données concernent l'histoire de vie de la personne toxicomane-judiciarisée. Elles font appel aux perceptions rétrospectives que se fait l'usager des déterminants marquants à vie et également dans les trente derniers jours précédant la passation de l'instrument de mesure. Il ne s'agit donc pas d'une mesure objective ou prospective de ces informations.

2.7 Méthode d'analyse des données :

Les analyses de données sont d'abord descriptives (moyennes, écarts-types) afin de dresser un portrait de la clientèle au regard de la situation sociodémographique, du portrait de consommation de substances psychoactives et des variables prédictives utilisées dans le modèle. Ces dernières sont : les problèmes de consommation des parents, la santé mentale des parents, la violence (physique, psychologique et sexuelle) subie par la personne toxicomane au cours de sa vie, les relations conflictuelles entre l'usager et ses parents, et finalement la qualité du lien (étroitesse et durabilité) entre les parents et leur enfant. Il est à noter la subjectivité de ces données est attribuable à la perception propre de l'usager.

Par la suite, afin de vérifier la force d'association entre les variables indépendantes (ou prédictrice) et les variables dépendantes (ou prédites, i.e. la sévérité de la

consommaiton d'alcool et de drogues, score composé), des analyses de régression multiples seront utilisées.

> « Regressions analyses are a set of statistical techniques that allow one to assess the relationship between one dependant variable [predicted variable] and several independent variables [predictive variables] (...). Multiple regression is an extension of bivariate regression in which severa Ivs instead of just one are combined to predict a value on a dependent variable for each subject. The result of regression is an equation that represents the best prediction of a dependant variable from several continuous or dichotomous independent variables (Tabachnick & Fidell, 1989). »[35]

CHAPITRE 3

3 LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

3.1 Population et échantillonnage :

3.1.1 La population à l'étude :

La population à l'étude est composée de personnes adultes judiciarisées de 18 ans et plus qui vivent une problématique de toxicomanie. Ces individus proviennent tous de centres publics de réadaptation en toxicomanie du Québec. Ces centres sont : le Pavillon Jellinek (Hull), le Centre Dollard-Cormier (Montréal), le centre de réadaptation ALTO (Chaudières-Appalaches), le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (Québec) et Domrémy Mauricie-Centre du Québec (Trois-Rivières). Les usagers ont tous rempli une

---

[35] Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1989) *Using Multivariate Statistics* (Second edition ed.). Northridge: HarperCollins, p.123.

demande d'admission et de services dans un centre de réadaptation public en toxicomanie (CRPAT).

3.1.2 Les critères d'inclusion :

Dans le cadre de cette recherche, les critères d'inclusion sont les suivants :

- L'individu est âgé de 18 ans et plus.

- L'individu présente un diagnostic de toxicomanie.

- L'individu a complété sur une base volontaire une demande de services pour des soins en toxicomanie dans un des établissements du réseau public de la province de Québec.

-

- L'individu est judiciarisé, c'est à dire qu'il est soit en instance d'inculpation, de procès ou de sentence pour un délit au code criminel, en probation, en libération conditionnelle, en maison de transition ou encore bénéficiant d'une libération sous caution ou d'une absence temporaire.

- L'individu a accepté les modalités du formulaire de consentement et à signé ce document.

- L'individu parle français.

3.1.3 L'échantillonnage.

Les cinq grands centres publics de réadaptation en toxicomanie du Québec confèrent à l'échantillon un pouvoir de généralisation fort intéressant quant aux résultats

de la recherche. En effet, mis ensemble, ces centres représentent plus de 40 % de l'ensemble de la clientèle toxicomane québécoise desservie par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Suite à l'évaluation initiale, et ce dans chacun des centres, les personnes responsables de l'admission offraient aux individus qui, en plus de leur problématique de toxicomanie, présentaient un profil judiciarisé, de participer à une recherche portant sur l'efficacité des interventions auprès de ces personnes. Si l'individu acceptait de participer à l'étude, ses coordonnées étaient transmises à un agent de recherche qui procédait ultérieurement à la présentation détaillée des conditions de participation, dont tout particulièrement la lecture et la signature éclairées du formulaire de consentement (ci-joint en annexe). La taille de l'échantillon est de 226 sujets, âgés entre 18 et 60 ans. Les individus ont participé à cette recherche sur une base volontaire. Les caractéristiques des participants varient donc, entre autres, sur le plan de l'âge, du sexe, du lieu d'origine, de la ou des substances dépendogènes, de l'organisme de référence et de leur passé judiciaire.

3.1.4 Stratégie de recrutement

Les données utilisées dans cette recherche sont tirées d'une étude subventionnée par le CQRS et menée par Brochu, Cournoyer, Bergeron, Brunelle, Landry et Tremblay (2002). Cette étude antérieure a donc été menée en deux temps, et ce auprès de deux cohortes distinctes utilisées pour le présent travail.

De façon plus précise, les sujets ont été recrutés une fois l'évaluation clinique complétée (à l'aide de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie - IGT), utilisé conjointement par l'ensemble des partenaires. Toutes les informations nécessaires à l'établissement de l'admissibilité de la clientèle toxicomane-judiciarisée sont contenues dans l'IGT administré lors de l'évaluation clinique initiale.

3.1.5 Considérations éthiques :

Comme mentionné plus haut, le présent chercheur effectue des analyses secondaires à l'aide d'une banque de données déjà existante ayant servi pour une recherche antérieure. Dans cette étude, les clients volontaires à y participer étaient informés de la nature de leur participation et invités à signer un formulaire de consentement éclairé. Ils étaient également informés que leur décision n'affecterait en rien la réception de services de l'établissement de traitement concerné et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment du projet de recherche. Un montant de $10 leur était remis en compensation pour les coûts reliés à leur participation à la recherche à chacun des moments de mesure. Il est à noter que ces données sont informatisées et **dénominalisées**. Les formulaires de consentement ainsi que les copies papier des questionnaires sont conservés dans des classeurs barrés à l'intérieur des locaux du RISQ.

CHAPITRE 4

4 DESCRIPTION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 Analyse descriptive de l'échantillon

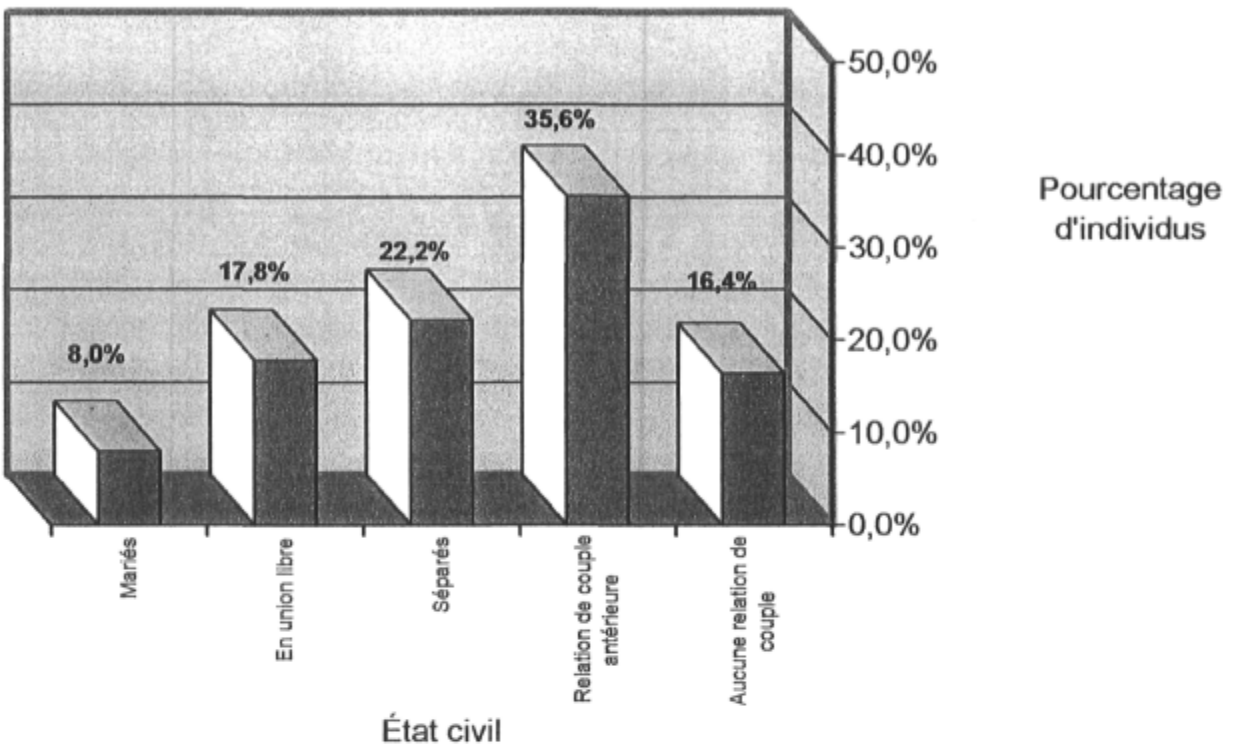
Portrait socio-économique des sujets (n = 226 hommes) :

Tout d'abord, l'âge moyen des sujets est de 34,5 ans (é. t. = 8,5), se situant entre 18 et 60 ans. Un peu plus des trois quarts des sujets (76,7 %) sont âgés de 40 ans et moins. Étant donné la faible proportion de femmes à l'intérieur des banques de données disponibles (25 sujets), seules les données portant sur des sujets masculins ont été utilisées à des fins d'analyses. Le faible nombre de sujets féminins ne permet pas de mener des études comparatives convaincantes.

État civil :

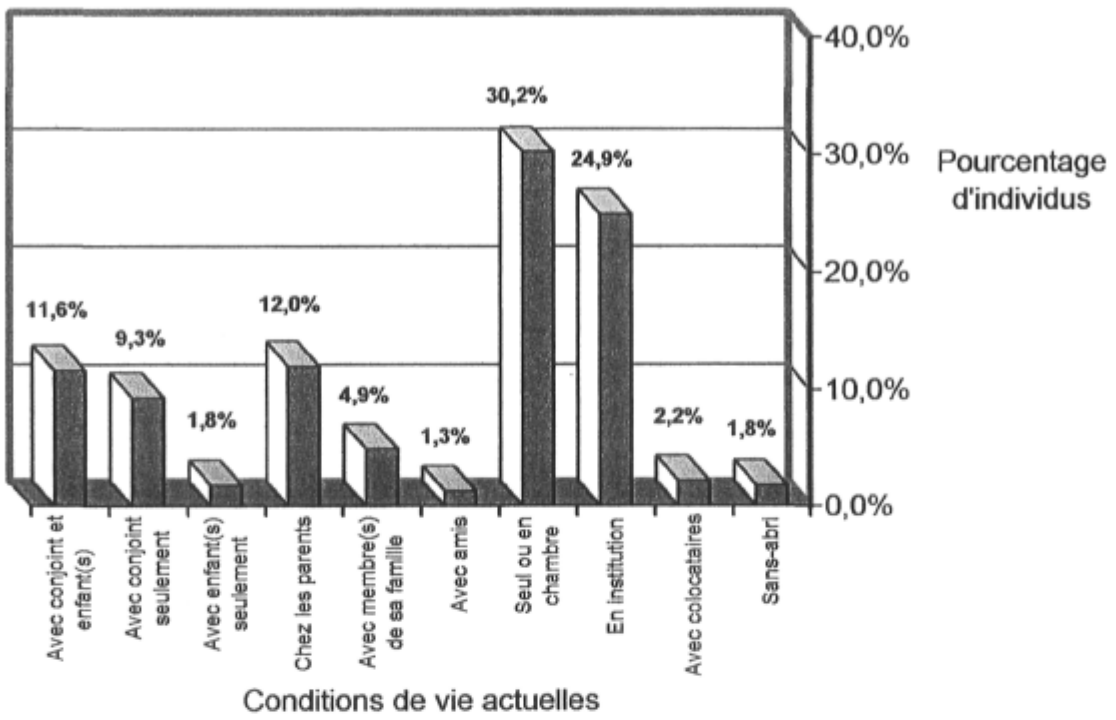
Plus du tiers des sujets ont eu une relation de couple antérieurement et sont par le fait même les plus représentés (35,6 %). Près d'un individu sur quatre est séparé (22,2 %) et moins d'un dixième des participants (8,0 %) sont mariés. La distribution de l'échantillon selon leur état civil est représentée dans la Figure A :

Figure A : État civil des sujets



Il est noter que plus de la moitié (57,1 %) de l'ensemble des sujets sont satisfaits de leur état civil actuel. Au niveau des conditions de vie présentes au moment de leur admission en traitement, les participants vivants seuls ou en chambre représentaient la plus forte proportion (30,2 %). En y ajoutant les individus institutionnalisés (24,9 %), on rejoint plus de la moitié de l'échantillon total (55,1 %). La majorité des participants semblent donc fortement isolés socialement (voir Figure B).

Figure B : Conditions de vie actuelles des sujets

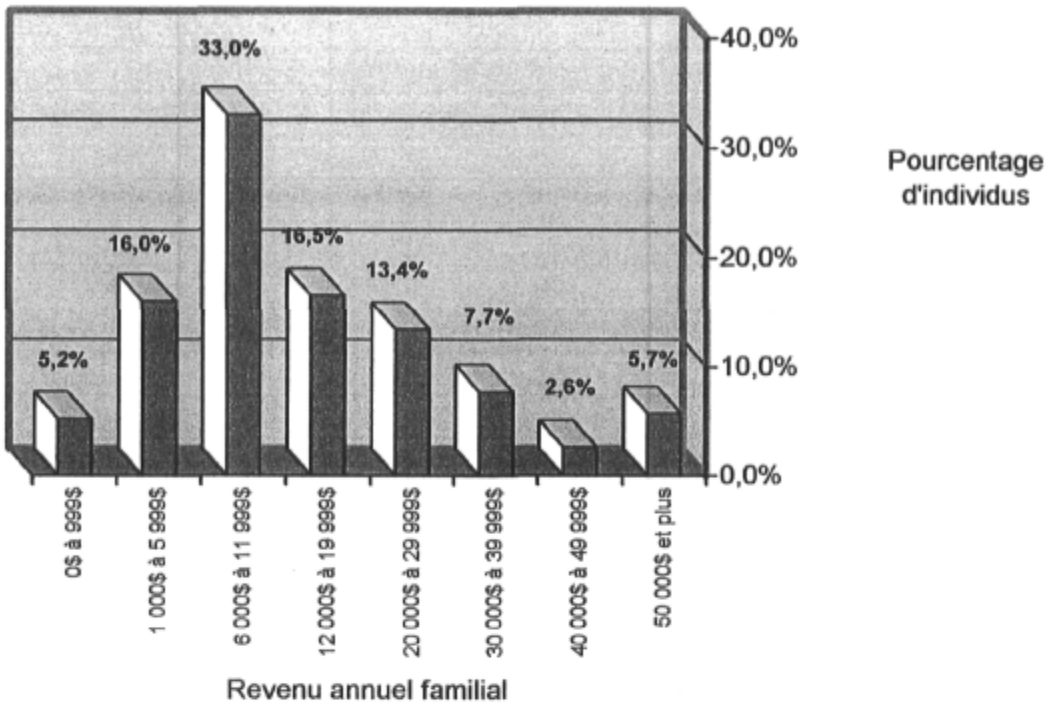


Globalement, le niveau d'insatisfaction quant aux conditions de vie des participants atteint près de la moitié des participants (44,0 %).

Ressources financières et statut professionnel :

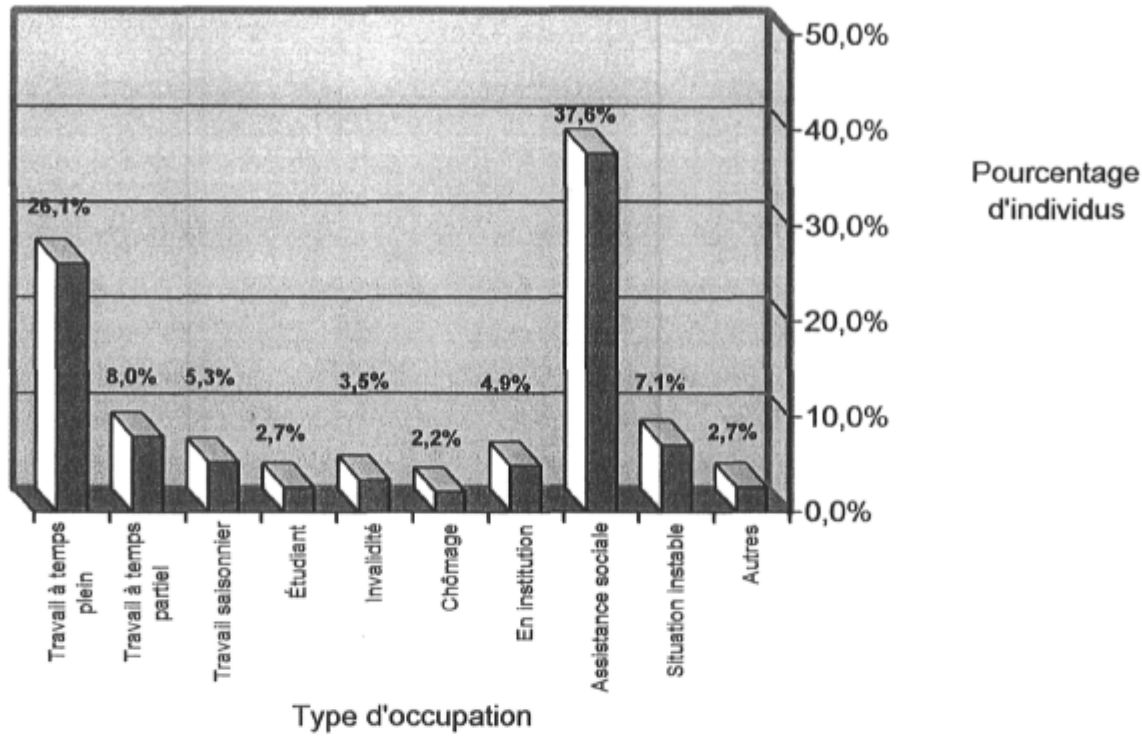
Considéré dans sa globalité, l'ensemble des sujets est relativement pauvre économiquement, comme le démontre la Figure C :

Figure C : Revenu annuel familial des sujets



Comme vu plus haut, plus de la moitié (54,1 %) des sujets rapportaient un revenu familial inférieur à 12 000 $. Une minorité (5,7 %) des participants gagnaient plus de 40 000 $. Au moment de leur admission au traitement, plus du tiers (37,6 %) des répondants recevaient des prestations d'aide sociale alors que seulement un tiers (39,4 %) de ceux-ci travaillaient à temps plein, temps partiel ou de façon saisonnière. L'intégration au marché du travail semble donc difficile pour la majorité des participants (voir Figure D).

Figure D : Occupation habituelle des sujets



La moitié (52,2 %) des sujets rapporte avoir déjà perdu ou plusieurs emplois en raison de leur consommation de drogues ou d'alcool. De plus, le niveau de scolarité des participants semble être relativement faible. En effet, la majorité des sujets (60,5 %) n'ont pas terminé leur cinquième année du secondaire. Un quart (26,5 %) des participants ont un niveau de scolarité égal ou inférieur au deuxième secondaire. Un faible pourcentage (2,7 %) des sujets possède un diplôme universitaire. Il en va de même pour la proportion de diplômés du niveau collégial (7,6 %).

L'endettement est une autre réalité des sujets à l'étude. En effet, plus du quart (30,1 %) des participants ont un niveau d'endettement supérieur à 5000 $.

Santé psychologique :

Durant les trente derniers jours précédant leur admission en traitement, une proportion considérable (31,1 %) de sujets ont vécu un épisode de dépression grave (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes) telle que mesurée par l'*IGT*, alors qu'au cours de leur vie, la moitié (47,6 %) des sujets ont vécu au moins un épisode de ce type. Plus de la moitié (50,4 %) des répondants affirmaient avoir souffert au cours du dernier mois d'anxiété ou de tensions graves (sensation de tension, incapacité de se détendre, crainte déraisonnable). Dans les trente derniers jours précédant l'administration du questionnaire, le tiers (33,2 %) des sujets ont éprouvé de la difficulté à réprimer un comportement violent, et près d'un individu sur 8 (14,2%) rapportait des pensées suicidaires. Au cours de leur vie, près du quart (19,5 %) des sujets ont déjà tenté de se blesser intentionnellement, alors qu'une grande proportion (38,5 %) des individus ont déjà commis une tentative de suicide. La majorité des sujets semblent donc éprouver, à divers niveaux, des problèmes psychologiques considérables se traduisant de diverses façons.

Contexte familial antérieur :

Au cours de leur vie, les deux tiers (64,6 %) des participants ont rapporté avoir été abusés émotionnellement (par des propos injurieux). Il s'agit du type d'abus le plus fréquemment rapporté. Plus d'un sujet sur trois (39,4 %) déclare avoir subi de l'abus physique (détectables par des dommages corporels). Finalement, le quart (23,5 %) des sujets rapportent avoir déjà été abusés sexuellement dans le passé (en se faisant imposer des avances ou des relations sexuelles). Il est donc clair que différents types d'abus sont fréquemment rencontrés dans le parcours de vie des participants. Pour chacun des différents types d'abus, l'instrument de mesure utilisé ne permet pas de préciser l'origine, la fréquence, l'intensité, l'âge ou encore le lieu.

Au niveau parental, moins d'une personne sur sept (12,8 %) rapporte un problème de consommation d'alcool de la mère alors que plus de la moitié des sujets (52,7 %) soulèvent le même genre de difficulté du côté paternel. Les problèmes psychiatriques maternels sont cependant plus fréquents rejoignant un participant sur 10 (11,5 %) contrairement à 3,5 % chez le père. Cependant, en ce qui a trait au développement d'une relation étroite et durable avec les parents, on y remarque un fort ratio et ce autant du côté maternel que paternel. Plus de 8 sujets sur 10 (81,9 %) rapportent avoir développé un lien de ce genre avec leur mère, alors que plus d'un individu sur deux (61,9 %) l'ont fait du côté paternel. Ces relations n'ont pas été sans avoir contenu des périodes significatives de graves problèmes de relation. À ce sujet, près de la moitié (44,2 %) des participants rapportent avoir vécu ce type de période dans le passé avec leur mère. Les chiffres sont sensiblement plus élevés en ce qui a trait le père (50,0 %).

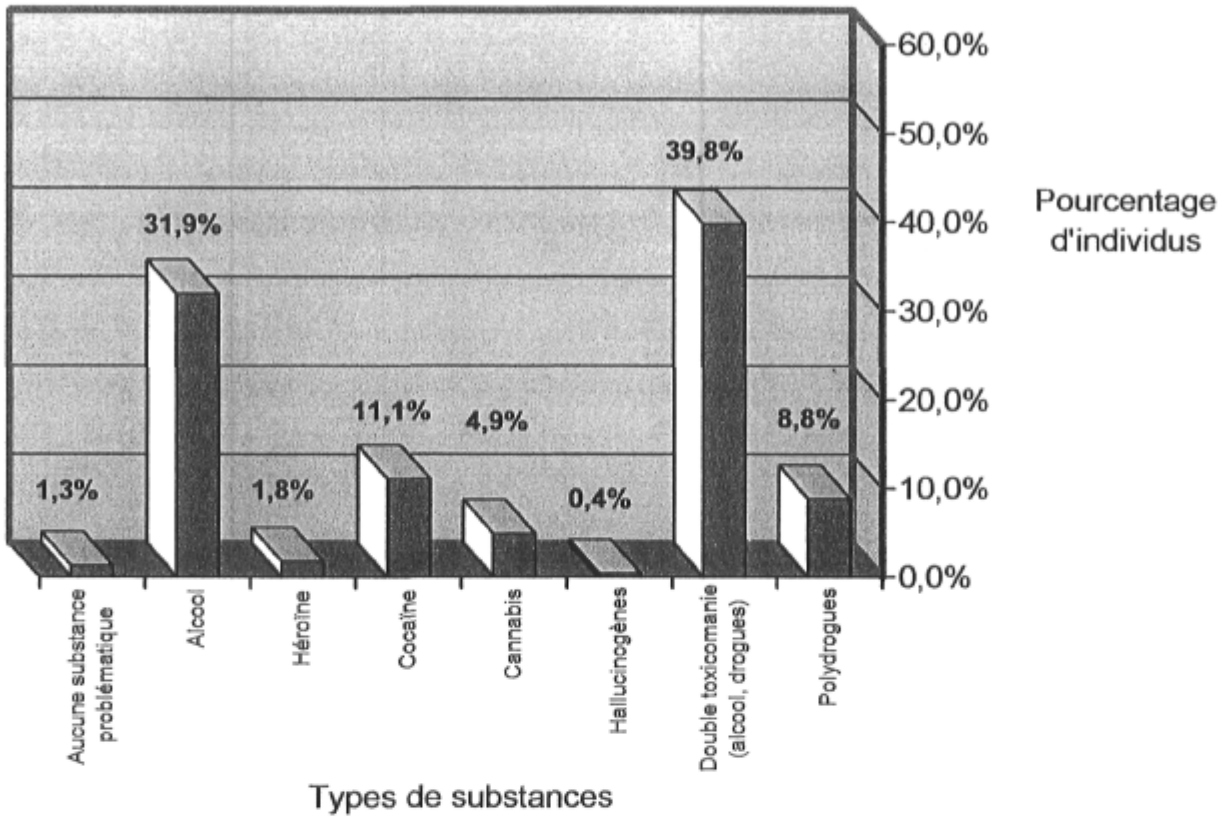
Portrait judiciaire :

Au moment de leur admission en traitement, plus du quart (27,0 %) des participants étaient en probation, près d'un individu sur dix (8,4 %) était en libération conditionnelle et près d'un cinquième (19,0 %) des sujets se trouvaient en maison de transition. En moyenne, les participants ont à leur actif 5,2 condamnations criminelles pour divers méfaits (é.t.: 6,48). Les infractions contre l'application de la loi (53,5 %), la possession et le trafic de drogues (40,9 %), le vol (53,6 %), la conduite avec facultés affaiblies (48,7 %), les voies de fait (44,8 %) sont les délits les plus fréquemment commis par les sujets. Les participants rapportent un passé comptant en moyenne 18,5 mois de détention (é.t.: 30,2) et 4,0 épisodes de détention (é.t.: 4,3).

Portrait de la consommation :

Tout d'abord, dans les trente derniers jours précédents l'administration du questionnaire IGT, 49,1% des sujets présents dans l'échantillon ne rapportait aucune consommation d'alcool. En moyenne cumulative, l'ensemble des sujets rapportaient 4,62 jours de consommation d'alcool dans le dernier mois. L'échantillon présente de plus une moyenne de 2,05 jours de consommation de cocaïne et de 4,39 jours de consommation de cannabis. Les 226 sujets présents dans l'échantillon ont en moyenne à vie 11,4 années de consommation régulière d'alcool jusqu'à intoxication, 4,42 années de consommation régulière de cocaïne et finalement une moyenne de 6,99 années de consommation régulière de cannabis. Dans l'ensemble des sujets de l'échantillon, 7,6% des répondants rapportent au moins une année d'utilisation régulière d'héroïne, 9,3% ont au moins une année d'utilisation régulière d'amphétamine et 31,6% ont vécu au moins une année de consommation régulière d'hallucinogènes. Pour ce qui est des surdoses nécessitant une aide médicale, 30,5% des sujets ont rapporté l'avoir vécu à au moins une reprise au cours de leur vie. 17,3 % d'entre eux ont vécu un épisode de traitement uniquement pour l'alcool, 16,4% uniquement pour la drogue et 38,9% pour à la fois l'alcool et la drogue (aucune différenciation n'est faite au niveau du type de drogue consommé). L'échantillon présente une moyenne de 1,25 traitements de ce genre. Les hommes toxicomanes-judiciarisés ont dépensé en moyenne dans les trente derniers jours précédant l'évaluation 124,48$ pour l'alcool (é.t. :281,19) et 230,69$ pour la drogue (é.t. :828,15). La figure E illustre le pourcentage d'individus aux prises avec un problème majeur de consommation d'une substance en particulier.

Figure E: Substances causant un problème majeur



4.2 Description de l'échantillon en fonction des variables prédictives :

La section qui suit présente une description en fréquences des variables prédictives contenues dans le modèle pour notre échantillon à l'étude.

Suite à la section antérieure, nous pouvons donc résumé que sur un total de 226 sujets toxicomanes-judiciariés, près de la moitié des répondants (43,8%) ont reconnu avoir vécu des problèmes relationnels graves avec leur mère, comparativement à 49,4% avec le père. Près de trente sujets (12,9%) ont affirmé que leur mère éprouvait des problèmes liés à la consommation d'alcool, contre plus d'un individu sur deux (53,2%) pour le père. 9,4% des sujets ont rapportés des problèmes chez leur mère liés à la consommation de drogues, contre 6,9% pour le père. Un peu plus d'une personne sur dix (11,2%) rapporte des problèmes psychiatriques du côté maternel, contre seulement 3,9% du côté paternel. Fait surprenant, la grande majorité des sujets rapportent avoir eu une relation étroite et durable avec leur mère (82%). Les résultats sont un peu moins éloquents en ce qui a trait au père, se chiffrant à 60,9%. Il s'agit tout de même de plus de la moitié des répondants. Dans les différents types d'abus vécus à l'étude, l'abus émotionnel est celui le plus souvent rapporté avec 64,4% des répondants. S'en suit l'abus physique avec 39,9%. Finalement, près d'une personne sur quatre (24%) mentionne avoir été abusé sexuellement.

Voici, précédant les analyses de régression une matrice des corrélations qui permet de vérifier la solidité des liens entre les différents variables à l'étude et la gravité de la consommation d'alcool et de drogues des sujets dans l'échantillon.

Tableau 1

Liens entre les différents variables à l'étude et la gravité de la consommation d'alcool et de drogues des sujets :

	Gravité de la consommation d'alcool	Gravité de la consommation de drogues
Problème relationnel avec la mère biologique	-,190**	-,229**
Consommation d'alcool de la mère biologique	-,099	,047
Consommation de drogues de la mère biologique	,066	,029
Problèmes psychiatriques de la mère biologique	-063	,039
Relation étroite et durable avec la mère biologique	-,012	,021
Problème relationnel avec le père biologique	,059	-,100
Consommation d'alcool du père biologique	,032	,036
Consommation de drogues du père biologique	-,017	-,117
Problèmes psychiatriques du père biologique	-,043	,000
Relation étroite et durable avec le père biologique	-,034	,092
Déjà abusé émotionnellement	,004	-,113
Déjà abusé physiquement	-,005	-,037
Déjà abusé sexuellement	,070	-,072

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

Comme vu plus haut, les analyses corrélationnelles démontrent peu de liens significatifs entre les variables observées, dévoilant des corrélations très faibles. On observe par contre une corrélation significative entre les problèmes relationnels avec la mère et la consommation tout autant d'alcool que de drogues. Plus il y a présence de

difficultés relationnelles avec la mère, plus il y a gravité dans la consommation. Les autres corrélations plus faibles nous dirigent vers des analyses de régression complexes qui nous permettront d'aller plus loin dans notre démarche. Ce type d'analyse représente la meilleure prédiction d'une variable dépendante en lien avec une ou plusieurs variables indépendantes (Tabachnick & Fidell, 1989).

Afin de déterminer si la perception rétrospective d'évènements de vie marquants constitue des facteurs prévisionnels de la gravité de la toxicomanie d'un individu, des analyses de régression multiple de type hiérarchique sont effectuées pour les deux variables dépendantes du modèle (scores composés alcool et drogues). Lors de la première démarche de calcul, on y insère la variable *âge* afin d'éliminer la variance qui lui est attribuable. En effet, divers résultats de recherche révèlent son influence modérée, mais significative, dans l'augmentation de la consommation et de la gravité de la toxicomanie chez les individus. Lors de la seconde étape, les variables incluses décrivent la relation aux parents ou la présence de problèmes particuliers chez eux les relations conflictuelles, les problèmes de consommation d'alcool et de drogues, les problèmes de santé mentale ainsi que la présence d'une relation étroite et durable (paternels et maternels). Sont également incluses les variables mesurant l'abus émotionnel, physique et sexuel vécu par la personne toxicomane-judiciarisée. Il est à noter que les analyses sont reprises deux fois, pour le score composé alcool et le score composé drogues.

Tableau 2

Analyses de régression multiple de type hiérarchique du rôle prévisionnel d'évènements de vie marquants sur la sévérité de la toxicomanie (alcool/drogues).

	Alcool			Drogues		
Facteur prédictif	B	β	ΔR^2	B	β	ΔR^2
1ère étape						
Âge	0,01	0,22***		-0,00	-0,13	
			0.04**			0.02*
2ième étape						
Conflit/mère bio. /vie	-0,16	-0,31***		-0,06	-0,23**	
Mère bio./alcool	-0,06	-0,08		0,02	0,06	
Mère bio. /drogues.	0,09	0,10		0,01	0,02	
Mère bio./psychiatrique	-0,05	-0,06		0,03	0,07	
Relation étroite/ mère bio.	-0,10	-0,15*		-0,03	-0,08	
Conflit/père bio. /vie	0,07	0,14		0,01	0,03	
Père bio. /alcool	0,04	0,07		0,02	0,08	
Père bio. /drogues	-0,06	-0,06		-0,03	-0,06	
Père bio./psychiatrique	-0,09	-0,06		0,01	0,01	

Rel. étroite père bio.	-0,01	-0,01		0,02	0,06
Abusé émotionnellement /vie	-0,00	0,00		-0,02	-0,08
Abusé physiquement /vie	-0,03	-0,05		-0,01	-0,03
Abusé sexuellement /vie	0,06	0,01		-0,02	-0,06
			0,11*		0,08
Modèle entier			0,15**		0,10

Dans la prédiction du score composé alcool, la première variable incluse dans le modèle, c'est-à-dire l'âge, explique 4 % de la variance, $F(1,224) = 8.12$ $p < .01$. Le second bloc de variables ajoute 11 % de variance, $F(13,211) = 2.15$, $p < .05$. La présence de périodes significatives de conflits avec la mère est la meilleure variable explicative de ce second bloc. Elle est donc associée à une consommation d'alcool plus grave chez le sujet. De plus, contrairement à nos attentes, la présence d'une relation étroite et durable avec la mère serait lui aussi associé à une plus grande consommation d'alcool chez l'individu. L'ensemble du modèle explique 15 % de la variance du score composé alcool, $F(14,211) = 2,61$ $p < .01$. Seule une section de l'hypothèse trois est donc confirmée pour le score composé alcool. La présence de périodes significatives de conflits avec la mère est reliée à une plus forte consommation d'alcool chez la personne toxicomane-judiciarisée.

Dans la prédiction du score composé drogues, la première variable incluse dans le modèle, c'est-à-dire l'âge, explique 2 % de la variance, $F(1,224) = 5,62$ $p < .05$. Le second bloc de variables ajoute 8 % de variance, $F(13,211) = 1,40$ non significatif. Encore ici, la présence de périodes significatives de conflits avec la mère est la meilleure variable explicative de ce second bloc. Elle est donc associée à une consommation de

drogues plus importante chez le sujet. L'ensemble du modèle explique 10 % de la variance du score composé alcool, $F(14,211) = 1,71$ $p < .06$ et est quasi significatif. Il est à noter que les pourcentage de variance expliquée sont donc très faibles, et ce pour toutes les variances.

4.3 Discussions :

Tout d'abord, il est important de rappeler le sérieux de la toxicomanie des participants. On doit noter que les toxicomanes-judiciarisés correspondent tous à au moins trois des douze critères du DSM-IV correspondant à un trouble de dépendance lié à une substance. La problématique de toxicomanie est donc présente pour chacun des participants. Cependant, leur consommation varie en intensité et en fréquence.

La recherche actuelle avait comme visée de s'interroger au sujet des liens entre le fait que l'usager rapporte divers déterminants de vie marquants et la gravité de consommation actuelle de substances psychoactives. Les postulats de base soulignaient que les individus rapportant divers déterminants marquants ou encore, rapportant avoir eu des parents alcooliques ou toxicomanes, sont à risques de présenter une problématique plus importante de consommation de substances psychoactives que ceux n'ayant pas ces déterminants passés.

Comme mentionnées plus tôt (voir section 1.7), plusieurs hypothèses ont été émises quant au lien entre la perception rétrospective d'évènements de vie marquant sur la gravité de la toxicomanie de personnes toxicomanes-judiciarisées. À la lumière des résultats décrits plus haut (voir tableau 2, section 4.2), ces hypothèses sont très partiellement confirmées.

Tout d'abord, une première hypothèse proposait que les personnes toxicomanes-judiciarisées rapportant un problème de consommation de substances psychoactives chez leurs parents présentent une gravité plus grande de leur toxicomanie que celles ne rapportant pas cette réalité. La littérature appuie ce dernier énoncé. Il est effectivement démontré par plusieurs études que la toxicomanie des parents est associée à une plus grande probabilité d'apparition d'une toxicomanie chez l'individu (Bahr, Marcos & Maughan, 1995; McGue, Sharma & Benson, 1996; Li, Pentz & Chou, 2002). Par contre, malgré l'appui de plusieurs recherches, les résultats obtenus à l'aide de notre échantillon ne permettent pas de confirmer la même hypothèse en ce qui a trait à la gravité de la toxicomanie chez l'enfant. En effet, nos analyses démontrent que les personnes toxicomanes-judiciarisées rapportant un problème de consommation de substances psychoactives (alcool et drogues) chez leurs parents ne semblent pas présenter une gravité plus grande de leur toxicomanie.

Ces résultats pourraient aussi expliquer entre autres par la faiblesse dans la mesure de la consommation des parents de l'usager. En effet, l'instrument de mesure utilisé ne donne aucune information sur le type de substance occasionnant le trouble de consommation ou encore la gravité de la toxicomanie du parent. De plus, les données recueillies réfèrent aux perceptions rétrospectives que la personne toxicomane-judiciarisée possède de la consommation de ses parents. Les réponses données ne traduisent donc peut-être pas totalement la réalité des usagers, ce qui pourrait biaiser, du moins partiellement, les analyses qui en découlent.

Il faut cependant rappeler que les études portant sur la présence de consommation de substances psychoactives chez les parents vérifient son impact sur la probabilité d'apparition de la consommation chez l'individu. Le groupe actuel de participants comprend uniquement des consommateurs de substances psychoactives et en ce sens, les données révèlent peut-être que la présence ou non de toxicomanie chez les parents n'est pas prédictif de l'intensité de la consommation actuelle de personnes qui sont toutes toxicomanes. Aucune étude recensée n'a d'ailleurs porté sur cette question précise.

La deuxième hypothèse stipule que les différents types d'abus vécus dans le passé, les relations conflictuelles avec un ou les parents ainsi que la présence de problèmes psychiatriques de ceux-ci sont tous associés à une hausse de la gravité de la consommation de psychotropes des personnes toxicomanes-judiciarisées. Cet énoncé est très partiellement confirmé. Dans la présente recherche, les différents types d'abus vécus dans le passé ainsi que la présence de problèmes psychiatriques des parents ne sont pas associés à une hausse de la gravité de la toxicomanie chez l'individu. Les résultats démontrent par contre une association entre les relations conflictuelles avec un ou les parents et la hausse de la gravité de la toxicomanie de l'individu.

Les différents types d'abus, qu'ils soient émotionnels, physiques ou sexuels, ne semblent pas contribuer à la gravité de la consommation des personnes toxicomanes-judiciarisées. Plusieurs travaux antérieurs amenaient pourtant des résultats associant les différents types d'abus à l'apparition d'une toxicomanie chez l'individu. Des études portant sur les jeunes victimes de mauvais traitements, définis comme étant soit de l'abus sexuel, de l'abus physique et/ou sexuel ont associés ces déterminants non seulement au développement d'une toxicomanie chez l'adulte mais également à la précocité de l'apparition de celle-ci (Ballon, Courbasson & Smith, 2001; Hall & Nancy, 2002; Roberts, Nishimoto & Kirk, 2003 *in* Heather & Stockwell, 2001). Afin d'expliquer les résultats de notre étude, une avenue possible est de postuler un effet médiateur. L'abus émotionnel, physique et sexuel pourrait influencer le niveau de détresse psychologique de l'individu, qui lui aurait à son tour un impact direct sur la gravité de sa toxicomanie. Par conséquent l'inclusion d'une variable médiatrice *détresse psychologique* à l'intérieur du modèle explicatif aurait peut-être un impact important sur les résultats observées. En ce sens, certains travaux antérieurs démontrent que l'abus sexuel et physique sont, entre autres, des facteurs de risque important de l'amplification du niveau de détresse psychologique (Meyerson, Long & Miranda, 2002) et de divers symptômes dépressifs chez les adolescents (Gover, 2004). Il est démontré également que l'abus psychologique

est associé au phénomène d'inhibition émotionnelle (ambivalence dans l'expression des émotions, suppression de certaines pensées etc.) qui est significativement en lien avec le niveau de détresse psychologique, incluant les symptômes d'anxiété et de dépression (Krause, Mendelson & Lynch, 2003). Par ailleurs, certaines études démontrent une corrélation significative entre le niveau de détresse psychologique et la consommation de drogues et d'alcool (Flynn, Walton, Curran, Blow & Knutzen, 2004).

Une explication semblable à celle concernant les résultats en lien avec la consommation des parents est plausible. En effet, la littérature démontre que ces différents types d'abus prédisent l'apparition du trouble de consommation de substances psychoactives mais n'apportent pas de nuance dans la gravité de la problématique. De plus, l'échantillon utilisé comprend des individus vivant tous une gravité importante de toxicomanie. Des résultats différents auraient pu être obtenus si l'échantillon aurait contenu des individus ayant une plus faible consommation en comparaison, par exemple avec un groupe contrôle.

Fait tout aussi étonnant, les analyses effectuées concernant la présence de problèmes psychiatriques chez les parents révèlent que la gravité de la consommation de substances psychoactives n'est pas significativement lié à la santé mentale des parents. Encore ici, la faiblesse de la mesure de la santé mentale des parents dans l'instrument utilisé peut expliquer en partie ces résultats. Aucune distinction n'est faite sur le type de problème psychiatrique éprouvé par le parent (e.g., dépression passagère versus schizophrénie). De plus, la faible fréquence de ce phénomène dans l'échantillon peut être aussi un facteur important (seulement 11,5 % des mères et 3,5 % des pères ont vécu cette problématique selon le sujet). Il est également important de prendre note que dans la littérature existante sur ce sujet, la santé mentale des parents est davantage définie comme un facteur prédisposant à l'apparition et non pas à la gravité de la toxicomanie. Aucune nuance n'est amenée quant au degré de gravité de la toxicomanie. Des recherches ultérieures faites en ce sens pourraient nous éclairer davantage sur cet aspect.

Par contre, la présence de relations conflictuelles avec un ou les parents va dans le sens de notre hypothèse de départ. Elle semble être significativement reliée à la gravité de la toxicomanie chez les personnes toxicomanes-judiciarisées. Nos résultats vont donc dans le même sens que plusieurs études antérieures démontrant ce phénomène (e.g., McGue, Sharma & Benson, 1996; Barnow & coll., 2002). On peut donc observer que la qualité relationnelle parent-enfant joue un rôle non seulement dans l'apparition d'une toxicomanie mais également dans la gravité de celle-ci.

Finalement, à la lumière de nos résultats, il nous est impossible de confirmer l'hypothèse trois, proposant que l'usager qui perçoit avoir établi une relation étroite et durable avec les parents est un facteur de protection, soit un facteur associé à une diminution de la gravité actuelle de la toxicomanie personnes toxicomanes-judiciarisées. Cette hypothèse est pourtant appuyée par divers travaux (e.g., Curran et Chassin, 1996 ; Galaif & coll., 2001 *in* Heather & Stockwell, 2001). On y observe même une corrélation contraire. La présence d'une relation étroite et durable avec la mère est associé à une plus grande toxicomanie chez l'individu. Il est important de soulever ici une incongruence majeure dans les résultats. La présence de relations conflictuelles avec les parents semble être associée à une toxicomanie plus sévère, tout comme celle d'une relation étroite et durable avec ceux-ci. Une mesure plus précise de cette dernière variable et une définition plus claire de ce concept à l'intérieur de l'instrument de mesure auraient peut-être amenées des résultats différents.

4.4 Les limites de l'étude :

L'aspect rétrospectif des réponses recueillies constitue une limite en soi. En effet, les réponses données par l'usager aux différentes questions renvoient aux perceptions, ou constructions mentales qu'il porte des différents éléments marquants de son existence. Les réponses données ne traduisent donc pas la réalité objective de son vécu, mais bien une représentation subjective. La justesse des informations dépend directement des

capacités qu'a l'usager de se remémorer avec précision certains éléments de son passé. Outre la subjectivité des répondants, l'IGT tel que constitué laisse également au chercheur une certaine subjectivité. De plus, la personne toxicomane possédant un lourd passé de consommation peut voir ses capacités mnémoniques altérées. Il va sans dire que l'absorption de substances psychotropes, par leurs propriétés modifiant le fonctionnement du système nerveux central, peut perturber les perceptions de la réalité du consommateur. Les données recueillies sont donc sensibles à tous ces phénomènes.

La cohorte utilisée pour les fins de cette recherche comprend uniquement des individus déjà aux prises avec un problème de toxicomanie. L'absence d'un groupe contrôle limite les conclusions pouvant être extraites des données. L'absence d'une cohorte d'individus présentant un contexte développemental similaire (e.g., histoire de toxicomanie des parents) sans pour autant éprouver un problème actuel de toxicomanie limite les conclusions possibles. En effet, la nature transversale des données empêche toutes conclusions de type causal. De plus, le peu de diversité dans les profils de consommation est directement relié au type de population sélectionné. La sélection des participants, tous judiciarisés, limite donc elle aussi les conclusions possibles.

4.5 Conséquences pour la recherche et l'intervention :

Tout d'abord, afin d'améliorer l'efficience de la mesure de certaines variables à l'étude, quelques modifications quant à l'instrument de mesure pourraient être apportées. Le remplacement de certaines échelles dichotomiques (de type oui/non) par des possibilités de réponses plus nuancées pourrait donner un portrait plus précis des variables analysées. À titre d'exemple, ce changement contribuerait à une mesure plus précise de la gravité des problèmes de consommation des parents ou encore de l'importance de leurs problèmes psychiatriques.

Afin d'obtenir des résultats qui pourrait plus significatifs et d'améliorer la qualité et la précision du modèle explicatif, des analyses de régression davantage axées sur des

facteurs médiateurs ou en modérateurs pourraient être une avenue très intéressante. Notamment, l'impact de l'abus sexuel sur l'état psychologique de la victime (niveau de détresse psychologique), qui à son tour influencerait la gravité de la toxicomanie de l'individu pourrait être une hypothèse très intéressante à vérifier.

CONCLUSION

L'objectif général de cette recherche était de vérifier s'il y a une association entre la perception rétrospective de déterminants de vie marquants et la gravité de la toxicomanie chez les individus judiciarisés en soins intensifs pour toxicomanie de la province de Québec. Les objectifs spécifiques étaient de déterminer s'il y a association entre la perception de l'usager concernant les problèmes de consommation de ses parents et la gravité de sa toxicomanie. Ensuite, déterminer s'il y a association entre la perception de l'usager concernant les problèmes psychiatriques de ses parents et la gravité de sa toxicomanie. En troisième lieu, démontrer s'il y a association entre la perception de l'usager concernant les diverses formes de mauvais traitements subis et la gravité de sa toxicomanie. Finalement, déterminer si la perception de l'usager concernant la présence d'une relation étroite et durable avec l'un ou l'autre des parents peut être un *facteur de protection* qui atténue l'impact de l'un ou des facteurs de risques présents.

Dans la présente étude, nous constatons que seul une période de relation conflictuelle avec la mère est associées significativement à la gravité de la toxicomanie de l'individu. Les problèmes de consommation des parents, la santé mentale des parents (problèmes psychiatriques), la violence (physique, psychologique et sexuelle) subie par la personne toxicomane et la qualité du lien (étroitesse et durabilité) entre les parents et leur enfant n'amène pas de résultat concluant quant à un lien significatif avec la gravité de la

toxicomanie de l'individu. Ces résultats sont extraits d'une analyse secondaire de données recueillies dans un milieu clinique très précis (ces individus toxicomanes judiciarisés proviennent tous de centres publics de réadaptation en toxicomanie du Québec). Il est clair que l'instrument de mesure IGT utilisé pour la cueillette des données comporte certaines limites, notamment dans le manque de clarté dans la définition des concepts. Ce fait rend évidemment plus difficile la fiabilité des données recueillies.

Cette étude possède plusieurs particularités intéressantes pour le monde de la recherche en toxicomanie et son apport dans de nouveaux axes de recherche est indéniable. La population à l'étude est constituée uniquement de personnes déjà aux prises avec un trouble de toxicomanie. Aussi, les variables à l'étude, par exemple l'abus émotionnel ou physique vécu par l'individu, ne sont donc pas analysées sous l'optique de potentiels facteurs de risque causant l'apparition d'une toxicomanie, mais bien comme facteurs pouvant potentiellement aggraver la toxicomanie de l'individu, domaine qui doit continué d'être approfondie dans l'univers de la recherche en toxicomanie.. Cette étude s'intéresse de plus aux perceptions rétrospectives de l'individu toxicomane, les données recueillies étant auto-révélées par le sujet. Les cliniciens peuvent observer que dans le cadre de cette étude, les évènements de vie marquant rapportés par le sujet n'ont pas autant de poids dans les modèles explicatifs que ne le démontre la littérature sur le développement de la toxicomanie. D'autres travaux doivent par contre être effectués en ce sens afin d'appuyer ces conclusions.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages consultés :

Brisson, P. (1988). *L'usage des drogues et la toxicomanie; Volume1*. Gaëtan Morin Éditeur.

Brisson, P. (1994). *L'usage des drogues et la toxicomanie; Volume2*. Gaëtan Morin Éditeur.

Centre de toxicomanie et de santé mentale, CCSA-CCLAT. (1999). *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (2003). *Savoir plus, risqué moins*. Bibliothèque nationale du Québec.

Dufour-Gompers, R. (1992). *Dictionnaire de la violence et du crime*. Éditions Érès.

Heather, N., Peters, T., & Stockwell, T. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Larousse. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse-Bordas.

Lowinson, J., Ruiz, P., Millman, R., & Langrod J. (1997). *Subsantce abuse : A comprehensive Textbook* (3rd ed.). Édition Williams & Wilkins.

McCrady, B. & Epstein, E. (1999). *Addictions : A Comprehensive Guidebook*. Oxford University Press.

Monti, P. & Coll. (2002). *Treating Alcohol Dependance : A coping skills training guide* (2nd ed.). The Guilford Press.

Nadeau, L. & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie.*. Les presses de l'Université Laval.

Peele, S. (1982). *L'expérience de l'assuétude*. Université de Montréal, Faculté de l'éducation permanente.

Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*, Social Work Monographs, Norwich.

Statistique Canada. (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Santé mentale et bien-être. Gouvernement du Canada.

Statistique Canada. (2004, juillet). *Rapports sur la santé*. Gouvernement du Canada.

Santé Canada. (1998). *Les conséquences de la violence faites aux enfants.* Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé. Gouvernement du Canada.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (1989). *Using Multivariate Statistics* (2nd ed.). Northridge: HarperCollins.

Tjepkema, M. (2004). *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites*. Supplément aux Rapports sur la santé.

Articles scientifiques consultés :

Abrams & Wilson. (1985). *In* Heather, N., Peters, T. et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Ainsworth & coll.(1978). *In* Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*. Social Work Monographs, Norwich.

Andreopoulos, S. (2002, June). Childhood trauma and childhood sexual abuse as predictor variables of adult attachment and adult partner violence in a population of substance abusing men. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*(11-B), 5360.

Arinami & coll.(1993). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Armogida, R. (2001, April). Quality and style of attachment, emotional self-regulation and engagement in sexual high-risk behaviours and alcohol and substance abuse in late adolescence. *The Sciences and Engineering, 61*(9-B), 5023.

Ary (1993). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Bahr,S., Marcos A.C. & Maughan L. (1995). Familial, educational and peer influences of female and male adolescents. *Journal of studies on alcohol, 56*, 457-469.

Ballon, Courbasson & Smith (2001, September). Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*(7), 617-621.

Barnow, S., Schuckit, M., Lucht, M. & Ulrich J. (2002). The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers : a path analysis. *Journal of studies on alcohol, 63*, 305-315.

Baugh, S. & Robotham, A. (2001, April). An examination of the relationship between male-to-female physical aggression and psychoactive substance use severity in men entering treatment for domestic violence. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering, 61*(9-B), 4971.

Belsky & Cassidy (1994). *In* Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*. Social Work Monographs, Norwich.

Berrettini & Persico (1996). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Bigelow, Brooner & Silverman (1998). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Blum & collaborateurs (1990). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Bohman, Sigvardsson, & Cloninger (1981). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Cadoret, Cain, & Grove (1980). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Caetano, R., Field, C. & Scott, N. (2003, March). Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence, and alcohol problems in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, *18*(3), 240-257.

Chen & collaborateurs (1996). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Chermack, S., Stoltenberg, S., Fuller, B., & Blow, F. (2000). Gender differences in the development of substance-related problem : The impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *Journal of studies on alcohol, 61*, 845-852.

Cloninger, Christiansen, Reich & Gottesman (1978). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Comings & collaborateurs (1996). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Cook & Gurling (2001). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Cotton's (1979). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Curran, P. & Chassin L. (1996). A Longitudinal Study of Parenting as a Protective Factor for Children of Alcoholics. *Journal of studies on alcohol, 57,* 305-313.

Downs, W., Smyth N., & Miller, B. (1996). The relationship between childhood violence and alcohol problems among men who batter: An empirical review and synthesis. *Aggression and Violent Behavior, 1*(4), 327-344.

Dubé, S., Anda, R., Felitti, V., Edwards. V. & Williamson, D. (2002, February). Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: Implications for health and social services. *Violence and Victims, 17*(1), 3-18.

Elisha, G., Stein, J., Newcomb, M. & Bernstein D. (2001). Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood : Exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. *Journal of studies on alcohol, 62,* 486-493.

Ellickson, P., Tucker, J., Klein, D. & McGuigan, K. (2001). Prospective risk factors for alcohol misuse in late adolescence. *Journal of studies on alcohol, 62,* 773-782.

Flynn, H., Walton, M., Curran, G., Blow, F. & Knutzen, M. (2004, May). Psychological distress and return to substance use two years following treatment. *Substance use and misuse, 39*(6), 885-910.

Fonagy (2000). *In* Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*. Social Work Monographs, Norwich.

Frank, J. (2001, December). Adult attachment and its association with substance dependence treatment outcome. *The Sciences and Engineering, 62* (5-B), 2482.

Freeman & Dyer (1993). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Galaif & collaborateurs (2001). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Gelernter & coll. (1993). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

George (1996). *In* Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*. Social Work Monographs, Norwich.

Gitlin (1990). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Godman & coll. (1993). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Goldberg (2000). *In* Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*. Social Work Monographs, Norwich.

Goodwin & collaborateurs (1974). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Gover, A. (2004, December), Childhood sexual abuse, gender and depression among incarcerated youth. International *Journal of offender therapy and comparative criminology*, *48*(6), 683-696.

Grant & Dawson (1997). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Guo, J., Hawkins, D., Hill, K. & Abbott, R. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of studies on alcohol, 62*, 754-762.

Hall, N. (2002, May). The impact of maltreatment on adolescent substance abuse. *Dissertation abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering, 62*(10-B), 4817.

Hawkins & collaborateurs (1992). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Hawkins & collaborateurs (1997). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Hayakawa (1987). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Hesselbrock & al. (1984). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Howe et coll.(1999). *In* Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*. Social Work Monographs, Norwich.

Kandel (1996). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Kaprio et coll. (1987). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Kendler, H., Neale, K. & Eaves P. (1992). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Koob & Boosma (1998). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Krause, E., Mendelson, T. & Lynch T. (2003, February). Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: the mediating role of emotional inhibition. *Child abuse & neglect, 27*(2), 199-213.

Labouvie & White (1998). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Labouvie, Bates & Pandina (1997). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Li, C., Pentz, M.A. & Chou C. P. (2002, December). Parental substance use as a modifier of adolescent substance use Risk. *Addiction, 97,* 1537-1550.

Loeber & collaborateurs (1991). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

McGue, M., Sharma A. & Benson P. (1996). Parent and sibling influences on adolescent alcohol use and misuse : Evidence from a U.S. adoption cohort. *Journal of studies on alcohol, 57,* 8-18.

Merikangas (1990). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Meyerson, L., Long, P.J., Miranda R. & Marx B. (2002, April). The influence of childhood sexual abuse, family environment and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child abuse & neglect, 26*(4), 387-405.

Noble (1993). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

O'Connell (1989). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Pickens et coll. (1991). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Plomin (1984). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Pedersen & Skrondal (1998). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Prescott & coll. (1994). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Robins & McEvoy (1990). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Robins & Ratcliff (1979). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Ross (1995). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Roberts A., Nishimoto R. & Kirk, R. (2003). Cocaine abusing women who report sexual abuse: Implications for treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 3*(1), 5-24.

Sicher, B. (1998, October). The relationship between security of attachment and substance abuse, *The Sciences and Engineering, 59*(4-B), 1868.

Simons, L. (2001, December). An evaluation of an hypothesized paradigm: The relationship between childhood abuse and substance use mediated by biopsychosocial factors among priority populations. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62*(5-B), 2502.

Smith & coll. (1992). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Steele et Steele (1994). *In* Schofield, G. (2002). *Attachment Theory : An Introduction for Social Workers*. Social Work Monographs, Norwich.

Stewart (1991). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

Wills, Vaccaro & McNamara (1992). *In* Heather, N., Peters, T., et Tim Stockwell. (2001). *International Handbook of Alcohol and Dependance Problems*. John Wiley & Sons LTD.

White, H., & Ping-Hsin Chen. (2002). Problem drinking and intimate partner violence. *Journal of studies on alcohol, 63*, 205-214.

ANNEXE 1

Indice

de gravité

d'une toxicomanie

(IGT)

Version 2.7

Avril 2002

L'indice de gravité d'une toxicomanie est l'adaptation de l'Addiction Severity Index (ASI) de McLellan, A.T., Luborsky, L. O'Brien, C.P. (1980). La version abrégée actuelle de l'IGT est celle construite à partir de l'article de McDermott et ses collègues (1996), combinée à différents ajouts cliniques du CRTQ.

RISQ Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives - Québec et la
Fédération québécoise des Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes

No. dossier

IGT / Adulte

INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE POUR LA CLIENTÈLE ADULTE

version modifiée pour le CRUV (v2.7)

24 avril 2002

5ième version

L'indice de gravité d'une toxicomanie est l'adaptation de l'**Addiction Severity Index (ASI)** de McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1980) Traduit et validé par le RISQ (Bergeron, J. Landry, M., Ishak, I., Vaugeois, P., Trépanier, M., 1992)

Cette version modifiée de l'IGT est issue de la version originale française du RISQ (mars 1999) à laquelle plusieurs items ont été retirés et d'autres rajoutés pour les besoins cliniques du Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve.

4972449379

CONSIGNES GÉNÉRALES

Consignes

- Lorsqu'il y a choix de réponses, marquez la case appropriée d'un "X".
- Les codes "9" (ou "99", "999", "9999") sont utilisés pour NSP = ne sait pas ou refus de répondre.
- **NE JAMAIS NOTER N/A mais plutôt N pour les besoins de TELEFORM.**
- Il est important de remplir toutes les cases (sauf si indication "allez à"). En cas de doute, utilisez l'espace prévu pour les commentaires, en indiquant le numéro de la question et donnez le plus de détails possible.

☞ Items objectifs critiques pour compléter la grille "Estimation de la gravité du problème de l'usager".

◯ Un numéro de question entouré d'un cercle indique que cet item est utilisé pour le calcul du score composé.

"FORT" (40%)			BIÈRE (5%)		VIN (12%)		
43 ml (≈ 1½ once)	=	1 cons.	1 petite (341 ml)	= 1 cons.	1 coupe (142 ml)	=	1 cons.
375 ml (≈ 13 onces)	=	9 cons.	1 grosse (625 ml)	= 2 cons.	1/2 litre	=	3,5 cons.
750 ml (≈ 26 onces)	=	18 cons.	1 King can (750 ml)	= 2 cons.	Bout. (750 ml)	=	5 cons.
1,14 l (≈ 40 onces)	=	27 cons.	1 Boss (950 ml)	= 3 cons.	Bout. (1 litre)	=	7 cons.
			1 Max Bull (1.18 l)	= 3.5 cons.			
60 ml de Listerine	=	1 cons.	1 pichet	= 4 à 6 cons.	**"VIN FORTIFIÉ (20%)"**		
30 ml d'Aqua Velva	=	1 cons.			1 petite coupe (85 ml)	=	1 cons.

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X .05). Le calcul des équivalences se fait en multipliant le nombre de ml par le % d'alcool et en divisant par 17 ml. Par exemple, le calcul du nombre de consommations dans une bouteille de vin de 750 ml à 12% se fait de la façon suivante: (750ml X .12) /17 ml = 5,29, arrondi donc à 5

CRITÈRES D'UTILISATION DE LA GRILLE DE CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

UTILISATION RÉGULIÈRE
3 jours/sem. pendant au moins 1 mois.

Exceptionnellement, une consommation de 2 jours consécutifs / semaine peut être considérée comme régulière si elle est grave, i.e. qu'elle crée un handicap important de fonctionnement en compromettant des activités normales telles que le travail, les études et la vie familiale et autres.

ALCOOL "JUSQU'À INTOXICATION"

Trois consommations ou plus d'alcool lors d'un court laps de temps (i.e., une à deux heures).

MODE D'ADMINISTRATION

1- Oral
2- Nasal (sniffé)
3- Fumé
4- Injecté (non-intraveineux)
5- Injecté (intraveineux)
6- Autres (spécifiez en commentaire)

CONSIGNES
Si la personne n'a jamais consommé, notez 'N' dans la case de droite et laissez les autres cases de cette ligne vide. Sinon, remplir toutes les cases.
En ce qui concerne la date de la dernière consommation d'une substance, si vous ne savez pas le mois ni le jour, laissez ces dernières cases vides. Notez alors simplement l'année.
Utilisez "9" "99" "9999" pour un refus de répondre ou si le client ne peut vraiment pas se souvenir.

Exemple

☞ Substances		30 derniers jours		Au cours de la vie			
'N' si n'a jamais cons.	Date de la dernière consommation	Nbre jours cons.	Cons. usuelle par jour	Age 1ère cons.	Age cons. rég.	Années d'utilisation régulière	Mode adm.
N	**3. Héroïne** (n'a jamais consommé) ____ - __ - __ (Année - Mois - Jour)						
	11. Hallucinogènes (n'a jamais consommé plus de 6 mois) 1990 - __ - __ (Année - Mois - Jour)	00		18	N	00	2

GRILLE D'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

Grille utilisée par le Centre de Prévention du Suicide de Québec

De façon générale:

- Le risque suicidaire est la probabilité que la personne passe à l'acte dans les deux prochaines années.
- L'évaluation du risque suicidaire fait appel à l'histoire passée de la personne (utiliser l'IGT).
- Le risque suicidaire, une fois évalué, ne change pas à cours et moyen terme.

Le risque sera plus élevé:

- S'il s'agit d'un homme;
- S'il s'agit d'un jeune adulte ou d'une personne âgée;
- Si le réseau social est inefficace ou inexistant;
- S'il y a des problèmes avec les substances psychotropes;
- Si état dépressif passablement sévère;
- Si antécédents de tentatives de suicide graves;
- Si un ou des membres de l'entourage se sont suicidés.

Risque faible

1. La personne n'a jamais pensé au suicide pour elle-même.
2. Le suicide se pose comme une question existentielle ou théorique mais non comme une alternative pour soi.
3. La personne n'a pas de carence particulière et ne traîne pas de crise ancienne non résolue.
   Elle envisage vaguement le suicide.
   La personne peut avoir fait ou faire des tentatives de suicide mineures pour attirer l'attention sur sa souffrance ou sa solitude ou pour avoir de l'aide.

Risque Moyen

4. La personne a subi une ou des pertes significatives à divers niveaux (familial, conjugal, professionnel, relationnel) et en est à sa première crise suicidaire importante.
5. La personne a des carences affectives depuis longtemps.
   Elle a fait des tentatives de suicide mineures et peut-être majeures.
6. La personne a de nombreuses carences affectives et a fait de nombreuses tentatives de suicide.
   La personne consomme souvent de l'alcool, des drogues ou des médicaments qui lui servent à diminuer son angoisse et à calmer sa douleur.

Risque élevé

7. La personne a un vécu lourd et carencé (antécédents dépressifs, hospitalisations en psychiatrie, toxicomanie depuis une longue période).
   La personne a une dynamique très fragile et se déstructure très facilement.
8. La personne est presque toujours désorganisée: elle est en constante adaptation à ce qu'elle vit.
   Elle est totalement intolérante à la frustration. Elle réagit par des tentatives de suicide souvent très dangereuses.

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

Grille utilisée par le Centre de Prévention du Suicide de Québec

L'urgence suicidaire est la probabilité que la personne passe à l'acte dans les 48 prochaines heures.

L'urgence croît avec:

- La présence de plan suicidaire: structuration/élaboration du COQ "Comment-Où-Quand";
- La précision du moment et des préparatifs;
- La létalité des méthodes envisagées;
- La disponibilité des moyens.

L'urgence suicidaire est donc fluctuante et doit être réévaluée à chaque contact.

Urgence faible

1. Vulnérabilité.
   La personne ne pense pas au suicide.

2. La personne a déjà pensé au suicide, vit une situation difficile, tente de régler la situation mais a parfois des flashes suicidaires.

3. Début d'idéations suicidaires.
   La personne pense occasionnellement au suicide.

Urgence moyenne

4. Le COQ (Comment, Où, Quand) prend de + en + forme.
   Le moment du suicide n'est pas tout à fait déterminé (+ ou - moyen ou long terme).
   Émotif ou rationnel mais la personne demeure en contrôle.
   Très grande ambivalence (pour la personne, il s'agit encore d'une solution parmi les solutions).

... de la rumination à la cristallisation ...

5. Le COQ dans plus de 48 heures.
   Équilibre émotionnel très fragile ou plus grande rationnalité. Contrôle faible.
   Moins grande ambivalence. Vision d'être dans un tunnel plus grande (i.e. absence d'alternatives).

Urgence élevée

6. COQ dans moins de 48 heures.
   Le moyen est disponible.

7. COQ immédiatement.
   Le moyen est disponible.

8. Tentative en cours.

1713609445

IDENTIFICATION / ORIENTATION

Nom

Prénom

Âge

Sexe ☐ Homme ☐ Femme

Code de l'évaluateur(trice)

No. dossier

Date de l'évaluation ____ (Année) – __ (Mois) – __ (Jour)

Nom de l'évaluateur(trice)

Orientation(s) suggérée(s) à l'usager suite à l'évaluation

Marquez d'un 'X' la ou les recommandation(s) suggérée(s)

☐ Besoin d'aide médicale pour désintoxication
Si oui, référez à _____

☐ Suivi de réadaptation au point de service

☐ Groupe semi-intensif (point de service Haute-Ville)

☐ Centre de jour sans hébergement → ☐ Stabilisation ☐ Initiation au changement ☐ Apprentissage social ☐ Adaptation psychoaffective

☐ Centre de jour avec hébergement

☐ Réinsertion / réintégration sociale

☐ Thérapie conjugale

☐ Réadaptation ou maintien à la méthadone

☐ Acupuncture

☐ Autres services, précisez _____

Autres suggestions faites à l'usager pour lui permettre de sécuriser sa situation lors de la période d'attente avant le début des services de suivi.

Marquez d'un 'X' la ou les suggestion(s)

☐ C. Prévention Suic.
☐ C. Crise Québec
☐ Urg. psychiatrique
☐ Dégrisement
☐ Urgence hospitalière
☐ Me rappeler

PRN

Recommandation(s) acceptée(s) par l'usager ☐ oui ☐ non

Si non, précisez la ou les nouvelle(s) orientation(s) retenue(s) après discussion avec l'usager

Marquez d'un 'X' la ou les recommandation(s) suggérée(s)

☐ Besoin d'aide médicale pour désintoxication
Si oui, référez à _____

☐ Suivi de réadaptation au point de service

☐ Groupe semi-intensif (point de service Haute-Ville)

☐ Centre de jour sans hébergement → ☐ Stabilisation ☐ Initiation au changement ☐ Apprentissage social ☐ Adaptation psychoaffective

☐ Centre de jour avec hébergement

☐ Réinsertion / réintégration sociale

☐ Thérapie conjugale

☐ Réadaptation ou maintien à la méthadone

☐ Acupuncture

☐ Autres services, précisez _____

JUGEMENT CLINIQUE

Pour les questions suivantes, marquez d'un 'X' la case correspondant à votre évaluation.

Au moment de l'entrevue, l'usager ...

		Pas du tout	*Un peu*	*Modérément*	*Beaucoup*	*Extrêmement*
1. Est-il visiblement déprimé ou en retrait?	1.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. Est-il visiblement anxieux ou nerveux?	2.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3. Est-il hostile, opposant ou méfiant?	3.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. A-t-il de la difficulté à se souvenir?	4.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5. A-t-il de la difficulté à se concentrer ?	5.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6. A-t-il de la difficulté à comprendre?	6.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7. A-t-il des difficultés à évaluer objectivement la situation, des troubles de la pensée, ou une pensée paranoïde?	7.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. Présente-t-il une attitude de non-collaboration?	8.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9. Présente-t-il des incohérences dans le contenu de ses réponses?	9.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. En regard de l'ensemble de ces caractéristiques (Q. 1 à 9), jusqu'à quel point les renseignements cumulés au cours de l'examen vous semblent fiables?	**10.**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. Apparaît-il capable d'auto-critique?	11.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12. Jusqu'à quel point sa demande d'aide fait suite à des pressions extérieures?	12.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13. Apparaît-il motivé à modifier son mode de vie?	13.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14. Apparaît-il être à risque de comportements violents?	14.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

		Faible			**Moyen**			**Élevé**	
15. Évaluation du risque suicidaire (utiliser la grille, p.iii)	**15.**	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
		Faible			**Moyen**			**Élevé**	
16. Évaluation de l'urgence suicidaire (utiliser la grille, p.iv)	**16.**	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5		☐ 6	☐ 7 ☐ 8

		Inférieur	*Moyen inférieur*	*Moyen*	*Moyen supérieur*	*Supérieur*
17. Quelle est votre estimation du potentiel intellectuel général de cette personne (à titre indicatif seulement)?	17.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

PROFIL DE GRAVITÉ

A. Estimation de la gravité du problème de l'usager

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
Problèmes	Alcool	Drogues	Santé phys.	Fam./Interp.	Psycho.	Emploi/Ress.	Judiciaire

Légende	
8-9	Problème extrême
6-7	Problème considérable
4-5	Problème moyen
2-3	Problème léger
0-1	Pas de problème réel

B. Estimation du besoin additionnel de traitement de l'usager

9								
8								
7								
6								
5								
4								
3								
2								
1								
0								
Problèmes	Alcool	Drogues	Santé phys	Fam./Interp.	Psycho.	Emploi/Ress.	Judiciaire I	Judiciaire C

Légende	
8-9	Traitement indispensable
6-7	Traitement nécessaire
4-5	Traitement léger indiqué
2-3	Traitement probablement pas nécessaire
0-1	Traitement non-indiqué

ATTENTES DE L'USAGER

SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATEUR(TRICE)

Signature de l'évaluateur(trice)

CONSIGNES SPÉCIFIQUES AU PROGRAMME MÉTHADONE

- Nous questionnons le client sur la date de la prise de la première dose de méthadone prescrite. En fait, il est primordial, dans le contexte d'évaluation constante de l'efficactité de ce programme, d'obtenir un portrait des usagers avant le début de l'administration de la méthadone.

- Si le client provient d'un autre programme (e.g., département de désintoxication de l'Hôpital Saint-François d'Assise, le CRAN à Montréal, maintien à la méthadone chez ALTO, autres), noter la date de la prise de la première dose de méthadone prescrite à l'intérieur de ce programme à la condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption de prise de méthadone entre le programme précédent et le suivi actuel.

Date de la première dose de méthadone prescrite? ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐
Année Mois Jour

Première dose méthadone prise il y a plus de 6 mois

- Si la date de la prise de la première dose de méthadone prescrite remonte à plus de 6 mois, administrez l'IGT selon les consignes habituelles.

Première dose méthadone prise il y a 6 mois et moins

- Si la date de la prise de la première dose de méthadone prescrite remonte à six mois ou moins, dans toutes les sphères de l'IGT, lorsqu'il est question des 30 derniers jours, nous investiguons les 30 jours précédant la date de la première dose méthadone prescrite et non les 30 jours précédant la date de l'entrevue d'évaluation.

Si la date de la prise de la première dose de méthadone prescrite remonte à six mois ou moins, les 30 jours précédant cette date débutent le ... ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐
Année Mois Jour

ALCOOL / DROGUES

"N" si n'a jamais cons.	Substances — Date de la dernière consommation	30 derniers jours — Nbre jours cons.	30 derniers jours — Cons. usuelle par jour	Au cours de la vie — Age 1ère cons.	Au cours de la vie — Age cons. rég.	Au cours de la vie — Années d'utilisation régulière	Mode adm.
☐	1. Alcool (toute utilisation) ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	2. Alcool (jusqu'à intoxication) ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	3. Héroïne ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	4. Méthadone ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	5. Autres opiacés/analgésiques ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	6. Barbituriques ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	7a) Autres séd./hypn./tranq. ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	7b) Antipsych./antidép./lithium ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	8. Cocaïne ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	9. Amphétamines ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	10. Cannabis ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	11. Hallucinogènes ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐
☐	12. Inhalants ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ (Année - Mois - Jour)	☐☐		☐☐	☐☐	☐☐	☐

ALCOOL / DROGUES

I. **QUESTIONS FACULTATIVES**

Substances	Cons. usuelle par jour
Cigarettes (nicotine)	
Café (caféine)	

13. Plus d'une substance par jour (inclure l'alcool, exclure 7b)

30 dern. jrs (nbre de jrs) | à vie (nbre d'années)

14. Quelle(s) substance(s) cause(nt) un problème majeur?

Se référer à
- nbre d'années d'utilisation;
- quest. 17a/17b et 18;
- en cas de doute, vérifier avec la personne.

00 - Pas de problème
15 - Alcool et drogues (double toxicomanie)
16 - Polydrogues

Si code 15 ou 16, marquer d'un 'X' le numéro des produits :

3 4 5 6 7a 8 9 10 11 12

15. Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette ou ces substance(s)? (i.e. concernant uniquement celles jugées problématiques à Q14)

mois

00 - Jamais abstinent
01 - Au moins un mois
98 - 98 mois et plus
99 - NSP ou refus
(N si 00 à Q14)

16. Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé? (telle que notée à Q15)

00- Encore abstinent
98- 98 mois et plus
99- NSP ou refus
('N' si jamais été abstinent ou si 00 à Q14)

17a. Au cours de sevrages antérieurs, combien de fois avez-vous eu :

- des hallucinations?
- le delirium tremens?
- des convulsions?

17b. Combien de fois avez-vous eu une surdose: (nécessitant une aide médicale)

- d'alcool uniquement?
- de drogues? (y compris mélange alcool et drogues)

18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité: (épisodes de traitement)

- pour l'abus d'alcool uniquement?
- pour l'abus de drogues uniquement?
- pour l'abus d'alcool et de drogues?

19. Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement :

'N' si '00' à la Q.18

- pour l'alcool uniquement?
- pour la drogue uniquement?
- pour l'alcool et la drogue?

II. À quand remonte votre dernier traitement?

'N' si aucun traitement

- en désintoxication ? Année - Mois - Jour
- en réadaptation ? Année - Mois - Jour

20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :

- 9998 = 9998$ et plus
- 9999 = NSP ou refus

- pour de l'alcool?
- pour des drogues?

ALCOOL / DROGUES

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :

(effets dérangeants de l'intoxication ou du sevrage, échecs dans les désirs de cesser, "craving", culpabilité, jours de travail manqués à cause de la consommation, jours où les activités normales sont cessées à cause de la consommation ou de ses conséquences)?

- des problèmes d'alcool? ☐☐
- des problèmes de drogues? ☐☐

QUESTIONS 23 ET 24
DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

- ces problèmes d'alcool? ☐
- ces problèmes de drogues? ☐

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :

- ces problèmes d'alcool? ☐
- ces problèmes de drogues? ☐

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

25a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager :

- pour abus d'alcool? ☐
- pour abus de drogues? ☐

25b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de traitement :

- pour abus d'alcool? ☐
- pour abus de drogues? ☐

III. L'usager vous apparaît-il avoir besoin d'une évaluation médicale pour son sevrage ?

Marquer d'un 'X' votre choix

☐ Oui
☐ Non
☐ Incertain

COMMENTAIRES:

ALCOOL / DROGUES

COMMENTAIRES:

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

I. Avez-vous un médecin de famille ?
Marquez d'un 'X' votre choix
☐ Oui ☐ Non

II. Présentez-vous une ou plusieurs des conditions physiques suivantes telles que diagnostiquées par un médecin.

Oui	Non	NSP/Refus	
☐	☐	☐	Grossesse
☐	☐	☐	Troubles cardiaques (incluant hypertension)
☐	☐	☐	Épilepsie
☐	☐	☐	Troubles hépatiques
☐	☐	☐	Diabète
☐	☐	☐	Histoire récente de trauma crânien avec perte de conscience
☐	☐	☐	Troubles gastro-intestinaux
☐	☐	☐	Troubles pulmonaires
☐	☐	☐	Autres, spécifiez:

_____

_____

III. Avez-vous déjà eu un dépistage pour:
Si vous ne savez pas le jour, notez uniquement l'année et le mois.

		Date	Résultat encerclez
Hép. B	☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/Refus	Année ☐☐☐☐ - Mois ☐☐ - Jour ☐☐	- +
Hép. C	☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/Refus	Année ☐☐☐☐ - Mois ☐☐ - Jour ☐☐	- +
VIH	☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/Refus	Année ☐☐☐☐ - Mois ☐☐ - Jour ☐☐	- +

IV. Présentement, considérez-vous que les conditions physiques ci-haut mentionnées sont sous contrôle ?
☐ Oui ☐ Non

1. Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé (24 heures et plus) pour des problèmes de santé physique? ☐☐
(y compris surdoses et *delirium tremens*, excluant désintoxication, grossesse sans complication, hospitalisation en psychiatrie)

00 - Aucune hospitalisation
98 - 98 hospitalisations et plus
99 - NSP ou refus

2. Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème de santé physique ?

00 - A été hospitalisé au cours des 30 derniers jours
99 - NSP ou refus
N - Ne s'applique pas car n'a jamais été hospitalisé

☐☐ années ☐☐ mois

Motif/diagnostic lors de la dernière hospitalisation:

_____

_____

4. Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème de santé physique?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez:

_____

_____

8. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé des problèmes de santé physique ? ☐☐
Si maladie chronique, noter seulement le nombre de jours où la maladie a physiquement perturbé la personne.

QUESTIONS 9 ET10:
DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

9. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes de santé physique ? ☐

10. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir un traitement pour ces problèmes de santé physique? ☐

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

11a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager? ☐

11b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de traitement médical? ☐

COMMENTAIRES:

3124609443

RELATIONS FAMILIALES / INTERPERSONNELLES

1. Êtes-vous présentement :
marquez d'un 'X' votre choix

- ☐ Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e)?
- ☐ Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e)?
- ☐ Séparé(e) (légalement ou non) ou divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- ☐ Veuf(ve) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e)?
- ☐ Jamais marié(e) mais ayant vécu dans le passé avec un(e) conjoint(e) dans une union libre?
- ☐ Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e)?

☞ **2a. Depuis combien de temps êtes-vous dans votre situation présente?** (depuis l'âge de 18 ans, si jamais marié et jamais vécu avec un conjoint)

☐☐ années ☐☐ mois

☞ **2b. Êtes-vous satisfait(e) de cette situation?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Indifférent(e)

I. Si la personne vit avec un(e) conjoint(e) depuis au moins une année et est insatisfait(e) de cette situation, lui demander:

Considérez-vous avoir besoin d'aide pour améliorer votre relation conjugale? Demandez à l'usager d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective (0 à 4) 'N' si non-applicable ☐ / 4

4. Conditions de vie habituelles:
marquez d'un 'X' votre choix

	Actuellement	3 dernières années
1.	☐	☐ Avec le(la) conjoint(e) et les enfants
2.	☐	☐ Avec le(la) conjoint(e) seulement
3.	☐	☐ Avec les enfants seulement
4.	☐	☐ Avec les parents
5.	☐	☐ Avec la famille
6.	☐	☐ Avec des amis
7.	☐	☐ Seul(e) ou en chambre
8.	☐	☐ En milieu institutionnel
9.	☐	☐ Avec un(des) colocataire(s)
10.	☐	☐ Sans-abri
11.	☐	☐ Pas de conditions de vie stables

☞ **5a. Depuis combien de temps vivez-vous dans les conditions actuelles?** (depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille)
15 à 30 jours = 1 mois

☐☐ années ☐☐ mois

☞ **5b. Êtes-vous satisfait(e) de ces conditions de vie?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Indifférent(e)

II. Cette demande d'aide au CRUV fait-elle suite à des pressions de vos proches ?

☐ Oui ☐ Non

_____

_____

III. Combien de fois êtes-vous déménagé au cours des 3 dernières années ? ☐☐

6a. Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes d'alcool ?

☐ Oui ☐ Non

6b. Vivez-vous avec quelqu'un qui fait un usage non-médical de drogues?

☐ Oui ☐ Non

7a. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres?

☐ Famille ☐ Seul(e)
☐ Amis ☐ Organismes communautaires

☞ **7b. Êtes-vous satisfait de cette façon de passer vos temps libres ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Indifférent(e)

IV. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un à qui vous pouvez vous confier ou qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e) ?

☐ Oui ☐ Non

_____

_____

RELATIONS FAMILIALES / INTERPERSONNELLES

V. Combien de frères ou de soeurs avez-vous (vivants ou décédés, incluant demi-frère, demi-soeur et autres enfants adotés)**?**

☐☐ nombre de frères ☐☐ nombre de soeurs

VI. Quel est votre rang dans la famille?

☐☐ / ☐☐
Rang nbre d'enfants

VII. Combien d'enfants avez-vous?

Noter leur âge

_____

_____

☐☐ nbre enfants

VIII. Au cours de votre vie avez-vous vécu une ou plusieurs des situations suivantes.

Si oui, notez l'âge que le ou la client(e) avait.

(Indiquez "N" si ne s'applique pas ou "99" pour NSP et refus de répondre)

- Adoption ☐☐
- Séparation/divorce de vos parents ☐☐
- Décès de votre mère ☐☐
- Décès de votre père ☐☐
- Autre décès significatif ☐☐

_____

9. Au cours de votre vie, avez-vous connu des périodes significatives de graves problèmes de relations avec ...

(conflits ouverts ou fermés, non causés par la consommation).

Marquez d'un 'X' votre choix

	30 derniers jours				À vie			
	Oui	Non	NSP refus	N/A	Oui	Non	NSP refus	N/A
Mère / Mère adoptive	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Père / Père adoptif	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Frères / Soeurs	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Conjoint(e) / Enfants	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Autres parents / Amis	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Voisins & autres / Coll. de travail	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

QUESTION FACULTATIVE

13. Estimez-vous avoir établi une relation étroite et durable avec les personnes suivantes:

Oui	Non	NSP refus	N/A	
☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	**Mère / Mère adoptive**
☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	**Père / Père adoptif**
☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	**Frères / Soeurs**
☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	**Conjoint(e) / Enfants**
☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	**Autres parents / Amis**

N/A - ne s'applique pas car l'usager n'a aucune personne du type mentionné (exemple: pas de mère adoptive) ou n'a eu aucun contact ou personne décédée, sauf question 13.

RELATIONS FAMILIALES / INTERPERSONNELLES

QUESTIONS FACULTATIVES

10, 11, 12: À votre avis, certains de vos proches ont-ils ou ont-ils eu des problèmes:

(marquez d'un 'X' votre choix). N/A - ne s'applique pas car l'usager n'a aucune personne du type mentionné (exemple: pas de mère adoptive, pas de frère, etc.)

	10. Avec l'alcool?				11. Avec les drogues?				12. Psychiatriques?				
	Oui	Non	NSP refus	N/A	Oui	Non	NSP refus	N/A	Oui	Non	NSP refus	N/A	
Mère	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Mère**
Mère adoptive	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Mère adoptive**
Père	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Père**
Père adoptif	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Père adoptif**
Frère 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Frère 1**
Frère 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Frère 2**
Soeur 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Soeur 1**
Soeur 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Soeur 2**
Conjoint(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Conjoint(e)**
Enfant 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Enfant 1**
Enfant 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Enfant 2**

QUESTIONS FACULTATIVES

	Oui	Non	NSP refus
14. Avez-vous déjà été abusé émotionnellement (par des propos injurieux) :			
• dans les 30 derniers jours?	☐	☐	☐
• dans la vie?	☐	☐	☐
15. Avez-vous déjà été abusé physiquement (en ayant eu des dommages corporels) :			
• dans les 30 derniers jours?	☐	☐	☐
• dans la vie?	☐	☐	☐
16. Avez-vous déjà été abusé sexuellement (en vous faisant imposer des avances ou des relations sexuelles) :			
• dans les 30 derniers jours?	☐	☐	☐
• dans la vie?	☐	☐	☐

17. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été en conflit grave (conflits ouverts uniquement) :

a) avec votre famille? ☐☐

b) avec d'autres personnes? (à l'exception de la famille) ☐☐

QUESTIONS 18 à 21:
DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

18. vos problèmes familiaux ? ☐

19. vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude)? ☐

RELATIONS FAMILIALES / INTERPERSONNELLES

Dans quelle mesure vous semble-t-il important d'obtenir un traitement ou de l'aide pour:

20. vos problèmes familiaux? ☐

21. vos problèmes de relation avec les autres (y compris les problèmes reliés à l'isolement et à la solitude) ? ☐

☞ **ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)**

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager ? ☐

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de counselling familial et/ou interpersonnel ? ☐

COMMENTAIRES:

RELATIONS FAMILIALES / INTERPERSONNELLES

COMMENTAIRES:

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

1a. Combien de fois avez-vous été hospitalisé pour des problèmes psychologiques ou émotionnels dans un département de psychiatrie ? ☐☐

Date de la dernière hospitalisation:

☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐
Année Mois Jour

Lieu de cette hospitalisation

_____

Motif ou le diagnostic

_____

1b. Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels en clinique externe ou en pratique privé? ☐☐

Date de la dernière consultation:

☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐
Année Mois Jour

Professionnel(le) consulté(e)

_____

Motif ou le diagnostic

_____

Avez-vous connu une période prolongée, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :
Marquez d'un 'X' votre choix

2. Eu une dépression grave (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes) ?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie pendant au moins deux semaines:	☐	☐	☐

3. Souffert d'anxiété ou de tensions graves (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable)?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie pendant au moins deux semaines:	☐	☐	☐

4. Souffert d'hallucinations (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève)?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie:	☐	☐	☐

5. Éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension ?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie pendant au moins deux semaines:	☐	☐	☐

Avez-vous connu une période, RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :
Marquez d'un 'X' votre choix

6. Éprouvé des difficultés à maîtriser un comportement violent ?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie:	☐	☐	☐

_____

_____

7. Tenté de vous blesser intentionnellement (autre que tentative de suicide)?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie:	☐	☐	☐

8. Eu de fortes pensées suicidaires (avec scénario)?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie:	☐	☐	☐

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

9. Tenté de vous suicider ?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie:	☐	☐	☐

SI L'USAGER A RÉPONDU "OUI" À LA Q.8 OU Q.9 OU SI LA QUESTION DU SUICIDE CHEZ CETTE PERSONNE VOUS PRÉOCCUPE, RÉFÉREZ-VOUS AUX GRILLES D'ÉVALUATION DU RISQUE ET DE L'URGENCE SUICIDAIRE (pages iii et iv), AFIN DE PRIORISER LES INTERVENTIONS À POSER.

10. Eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?

	Oui	Non	NSP/refus
• 30 derniers jours:	☐	☐	☐
• dans votre vie:	☐	☐	☐

Si oui, au cours des 30 derniers jours, précisez:

_____

_____

11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? ☐☐

QUESTIONS 12 ET13:
DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? ☐

13. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir un traitement pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? ☐

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

20a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager ? ☐

20b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de traitement psychiatrique/psychologique ? ☐

COMMENTAIRES:

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

COMMENTAIRES:

EMPLOI / RESSOURCES

1. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?
Marquez d'un 'X' votre choix

- ☐ Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle
- ☐ Première année
- ☐ Deuxième année
- ☐ Troisième année
- ☐ Quatrième année
- ☐ Cinquième année
- ☐ Sixième année
- ☐ Septième année
- ☐ Huitième année ou secondaire I
- ☐ Neuvième année ou secondaire II
- ☐ Dixième année ou secondaire III
- ☐ Onzième année ou secondaire IV
- ☐ Douzième année ou secondaire V
- ☐ Études partielles dans un Cegep, une école de métiers, une collège commercial privé, un institut technique, une écoles de sciences infirmières, une école normale
- ☐ Diplôme ou certificat d'études d'un Cegep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale
- ☐ Études partielles à l'université, certificat(s) universitaire(s)
- ☐ Baccalauréat, maîtrise, doctorat acquis

I. Pour ceux qui ont une scolarité de niveau secondaire inachevé, posez les questions suivantes:

- Avez-vous de la difficulté à lire? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous de la difficulté à écrire? ☐ oui ☐ non

3. Avez-vous une profession ou un métier (avec diplôme ou cartes de compétences)? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez:

_____

6. Quel a été la durée de votre plus long emploi régulier?

☐☐ années ☐☐ mois

10a. Type d'occupation habituelle?
Marquez d'un 'X' votre choix

	Actuellement	3 dernières années	
1.	☐	☐	Travail à temps plein (35 heures/semaine)
2.	☐	☐	Travail à temps partiel (heures régulières)
3.	☐	☐	Travail à temps partiel (heures irrégulières ou travail à la journée)
4.	☐	☐	Travail saisonnier (combinaison travail chômage)
5.	☐	☐	Études
6.	☐	☐	Retraite
7.	☐	☐	Invalidité
8.	☐	☐	Assurance - emploi (chômage)
9.	☐	☐	Séjour en milieu institutionnel
10.	☐	☐	Sécurité de revenu (B.E.S.)
11.	☐	☐	Au foyer
12.	☐	☐	Autres (incluant activités illégales)
13.	☐	☐	Conditions instables (plusieurs situations de durées variables)

10b. Êtes-vous satisfait de votre situation actuelle?

☐ Oui ☐ Non ☐ Indifférent(e)

19a. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous eu des problèmes d'emploi?
00 - aucun jour (inclut aucune recherche d'emploi)

☐☐

Si '00 'et sans emploi, allez à la q.19b

19b. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait des démarches pour vous réinsérer sur le marché du travail?

☐☐

EMPLOI / RESSOURCES

QUESTIONS 20 ET21:
DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

20. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi
(ne pas inclure les problèmes relationnels)?

21. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, de recevoir de l'aide pour ces problèmes d'emploi
(exclure les besoins d'aide psychothérapeutique) ?

23. Cette demande d'aide au CRUV a-t-elle été provoquée ou exigée par votre employeur ?

☐ Oui ☐ Non

24. Avez-vous perdu ou quitté un ou plusieurs emplois à cause de la consommation de drogues ou d'alcool ?

☐ Oui ☐ Non

II. Présentement, considérez-vous avoir des problèmes financiers ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, il est suggéré de préciser

_____

_____

☞ **ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)**

22a. Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager ?

22b. Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de counselling d'emploi ?

COMMENTAIRES:

SITUATION JUDICIAIRE

1. Cette demande d'aide au CRUV a-t-elle été imposée ou suggérée par le système judiciaire et/ou par le système social ?

Marquez d'un 'X' votre choix

☐ Non ➡ **Allez à la question 2**
☐ Oui

Si oui, lequel?

Système judiciaire

1. ☐ Agent de probation
2. ☐ Agent de libération conditionnelle
3. ☐ Avocat
4. ☐ Juge (libération sous caution)
5. ☐ Autres, spécifiez: _____

Système social

6. ☐ Intervenants des Centres Jeunesse
7. ☐ Autres intervenants du réseau
8. ☐ Avocat ou juge (Tribunal de la Jeunesse)

2. Présentement, êtes-vous:

1. ☐ En libération conditionnelle?
2. ☐ En probation (sentence suspendue, sursis de peine, absolution inconditionnelle)?
3. ☐ En maison de transition?
4. ☐ Autres, ex: prison, pénitencier, PEMO? Spécifiez: _____
5. ☐ Sous aucune mesure légale?

24. Présentement, êtes-vous en instance d'inculpation, de procès ou de sentence?

☐ Non ➡ **Allez à la question V**
☐ Oui

Si oui, êtes-vous :

1. ☐ En instance d'inculpation?
2. ☐ En attente de procès?
3. ☐ En attente de sentence?

25. Pour quel délit? ☐☐

3-4, 6-19, code correspondant au délit.
Si plusieurs délits, codez le plus grave, les délits étant ordonnés selon l'ordre croissant de gravité.

V. Au cours de votre vie (depuis l'âge de 18 ans) avez-vous déjà été reconnu coupable pour une infraction ou un délit quelconque :

☐ Oui ☐ Non

Si la personne a répondu "Non" aux questions 1 (système judiciaire), 2, 24 et V, terminez ici la section judiciaire et inscrire 0 aux questions 30a, 30b et 30c.

Si la personne a répondu "Non" à la question V mais "Oui" à la question 1 ou 24, allez à la question 21a et poursuivez.

Si la personne a répondu "Oui" à la question V, indiquez pour chaque type de délit le nombre de fois où la personne fut reconnue coupable. Attention à ne pas confondre entre le nombre de fois reconnue coupable et le nombre de sentences reçues.

COMMENTAIRES:

SITUATION JUDICIAIRE

TYPES DE DÉLITS

	Nombre fois reconnu coupable
3. **Désordre, vagabondage, ivresse publique?**	
4. **Infractions majeures au code de la route** (ex.: conduite dangereuse, conduite sans permis)?	

☞ **Code criminel**

6. **Infractions contre l'application de la loi** (ex.: désobéissance à une ordonnance de la Cour, bris de probation, entraves à la justice telles les évasions ou les omissions de comparaître)?	
7. **Fraudes** (ex.: vol de carte de crédit, escroquerie telle que fabrication ou usage de faux)?	
8. **Port d'arme illégale** (ex.: posséder ou utiliser une arme à feu sans permis)?	
9. **Infractions hors classes** (ex.: libelle diffamatoire, fabrication de fausse monnaie)?	
10. **Drogues** (possession ou trafic)?	
11. **Méfait** (ex.: introduction par effraction, vandalisme, crime d'incendie, troubler la paix)?	
12. **Conduite avec facultés affaiblies** (et/ou défaut ou refus de fournir un échantillon d'haleine ou de sang)?	
13. **Vol** (recel, vol sans arme et sans menace de violence sur la personne)?	
14. **Infractions d'ordre sexuel** (prostitution, proxénétisme)?	
15. **Voies de fait** (menace de mort, agression physique)?	
16. **Négligence criminelle** (délit de fuite)?	
17. **Vol qualifié** (avec une arme ou menace de violence sur la personne)?	
18. **Viol, inceste, agression sexuelle?**	
19. **Homicide** (meurtre, tentative de meurtre)?	

21a. Combien de mois avez-vous été détenu dans votre vie ? ☐☐

00- Aucune détention ou détention de moins de 15 jours.
98- 98 mois et plus
99- NSP ou refus

21b. Cela représente combien d'épisodes de détention au total ? ☐☐

Si "00" à la Q. 21a, notez N

27. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été détenu ? ☐☐

SITUATION JUDICIAIRE

QUESTIONS 29a à 29c:
DEMANDEZ À L'USAGER D'UTILISER L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (0 À 4)

29a. **Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes judiciaires actuels sont graves?** (exclure les problèmes civils) ☐

29b. **Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes judiciaires ?** ☐

29c. **Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir des services psychosociaux pour vos problèmes judiciaires ?** ☐

ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT (0 À 9)

30a. **Quelle est votre estimation de la gravité du problème de l'usager ?** ☐

30b. **Dans quelle mesure estimez-vous que l'usager a besoin de services juridiques ou de counselling ?** ☐

30c. **Comment évaluez-vous son besoin de services psychosociaux en regard de son profil de délinquance ?** ☐

COMMENTAIRES: